



HAL
open science

Accompagnement collectif à l'arrêt du tabac durant le Moi(s) Sans Tabac 2018 : retour d'expérience des participants

Marion Sprimont

► **To cite this version:**

Marion Sprimont. Accompagnement collectif à l'arrêt du tabac durant le Moi(s) Sans Tabac 2018 : retour d'expérience des participants. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02444114

HAL Id: dumas-02444114

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02444114>

Submitted on 17 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019

Thèse n° 204

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Marion SPRIMONT

Née le 26.10.1990 à Arras (62)

Le 18 novembre 2019

**Accompagnement collectif à l'arrêt du tabac
durant le Moi(s) Sans Tabac 2018 :
retour d'expérience des participants.**

Directeur de thèse

Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Jury

Madame le Professeur Chantal RAHERISON SEMJEN	Présidente du jury
Monsieur le Professeur François ALLA	Juge
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Rapporteur
Madame le Docteur Elisabeth CAPDENAT-RAYMOND	Juge

Remerciements.

Aux membres de mon jury,

A Madame le Professeur Chantal RAHERISON, présidente du jury.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François ALLA.

Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger mon travail. Je vous prie de croire en ma reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Permettez-moi de vous témoigner ma reconnaissance et ma gratitude pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

A Madame le Docteur Elisabeth CAPDENAT-RAYMOND.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect. J'espère que nous aurons l'occasion d'apprendre à se connaître davantage dans le futur, au sein de l'Hôpital du Bouscat.

A ma Directrice de thèse, Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ.

Très chère Nathalie, je te remercie infiniment de toute l'énergie que tu as consacrée pour m'aider dans la réalisation de ce travail. Tu t'es pleinement investie, toujours dans le but de m'aider à m'améliorer et me pousser vers le haut. Saches que je t'en serais toujours reconnaissante. Merci de ton amitié, elle me touche tout particulièrement.

Tu es passionnée et très inspirante. En plus d'être brillante, tu es une merveilleuse personne, avec un charisme et une force qui me fascinent. Je suis chanceuse d'avoir pu réaliser ce projet à tes côtés. Merci de m'avoir transmis ton savoir et de me faire confiance pour la suite.

A ma Sist' Perrine,

Tu es la personne que j'aime le plus au monde et que j'admire le plus. Au-delà d'être ma sœur, tu es ma meilleure amie. Tu es mon modèle depuis toujours et ta force me motive quotidiennement. Tu as toujours été là pour moi et j'ai beaucoup de chance de t'avoir.

Merci pour tous tes conseils, qui m'ont toujours été précieux.

Merci pour tous nos moments passés ensemble, que ce soit nos voyages, week-ends, spectacles, virées shopping (où il n'y en a jamais une pour rattraper l'autre...) et bien sûr, nos nombreux Spritz(mont) partagés. Ils sont très précieux pour moi, je sais qu'il y en aura beaucoup d'autres.

Merci pour faire équipe avec moi, comme « Sprim-sister », comme « Gold et Black Leader ».

Merci pour tous nos fous-rires : « L'ordre du corgi », « Mais, mais, mais Madaaaaaaame », « Tout droit jusqu'au matin », « C'est bon parce que c'est grrrrraas », « Les zoeufs...les zoeufs... LES ZOEUFS ! », « Tu vas la prendre cette putain de croix ! ... ça fait 25 kopecks », « Excusez-moi mais... qu'est-ce qu'une jatte ? », « dear costumers, welcome to H'n'M », « Ma chère c'est affreux ! », « J'suis content d'aller au square avec ma tatie », « Belle moins grasse », « Putam kala mwa mwa » et j'en passe...

Tu compteras toujours plus que personne, je serais toujours là, et parierai toujours sur toi. Je sais que ça marchera. Et n'oublies pas... le pââââssé ce n'est rien d'autre que le pââââssé !

A mes parents,

Merci de m'avoir fait confiance et épaulé durant toutes ces années d'études. Vous m'avez soutenu sans relâche et sans jamais aucune pression. J'ai beaucoup de chance de vous avoir, et la complicité que nous avons tous les 4 est essentielle pour moi. Je vous aime.

Mummy, merci tout particulièrement pour ton aide durant les concours. Si j'ai réussi, c'est en grande partie grâce à toi, notamment avec les gaufres à 5h du matin en P1 ou les pauses devant The Mentalist et Esprits criminels en D4.

Pout-pout, merci pour m'avoir initié à l'humour carabin (très utile pour mes stages de chirurgie) et pour me suivre dans toutes mes blagues à la limite du scato. Gui, gui, guiiiiiiiiiiiiiii.

A Arthur,

Merci pour ton soutien durant cette année, et particulièrement durant toute la rédaction de cette thèse. La moindre personne me connaissant n'aura aucun mal à imaginer le courage dont tu as fait preuve pour me supporter. Si j'ai pu y arriver c'est en grande partie grâce à toi et toutes les attentions que tu as eues pour me faciliter la vie : les pommes d'amour et les makrouts pour ma glycémie, le prosecco toujours au frais pour mon alcoolémie, les stocks de chewing-gums, les maxi-goals pour que je puisse gagner (ou que tu puisses perdre) ...

Merci de m'accepter comme je suis, avec mon caractère et toutes mes passions irrationnelles. Je suis heureuse que tu fasses partie de mes semblâââââbles et de t'avoir dans ma vie. On est une équipe, et j'ai bon espoir qu'elle tienne la route. JTKM > 3000.

A mes amis & co-internes,

Tonio, merci pour cette si belle amitié depuis toutes ces années. Tu as, depuis 15 ans toujours été là pour moi, sans en demander autant et je ne pourrais jamais l'oublier. Cette fidélité m'impressionnera toujours, sans oublier toutes les autres qualités. Merci pour ton soutien, depuis la 3^{ème} jusqu'à maintenant. J'espère que tu te plairas dans ta nouvelle vie Bordelaise ;)

Marie-Ange, merci pour ces moments et fous-rires partagés. Tu es merveilleuse et je suis fière de notre amitié. Je suis heureuse que tu aies trouvé un équilibre au Pays Basque, qui je l'espère perdurera. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites (et pleins de petits Patxi et petites Ainhoa ^^).

Michel & Irene (mon chaton ibérique), vous avez été présents quoi qu'il arrive et m'avez épaulé sans jugement. Merci pour votre amitié, elle compte beaucoup pour moi. Vous formez un remarquable duo et je n'ai nul doute que vous pourrez surpasser beaucoup de choses. Je vous souhaite tout le bonheur que vous méritez.

Flo & Lucie, vous êtes deux filles formidables. Vous êtes pleines de ressources, que ce soit pour partir faire du kitesurf au beau milieu des émirats, ou pour vouloir partir vivre au milieu de la France ;) Nos soirées impro, escape games ou juste débriefing sont à chaque fois de très bons souvenirs, qui je l'espère, se poursuivront. Je vous souhaite le meilleur pour vos projets.

Manon, Vivi, et Viovio, ma belle brochette. Vous êtes toutes les trois, aussi merveilleuses les unes que les autres. Je suis très fière de vous avoir comme amies. J'espère que l'on aura l'occasion de profiter de plus de moments ensemble et je vous souhaite tout le bonheur que vous méritez (bien sûr, sans oublier Valentin et le thermomix).

Hugo, merci pour ces deux semestres partagés et tous les super souvenirs y étant associés. Tu es une véritable force tranquille et ta sérénité m'impressionnera toujours. Je vous souhaite, à toi et **Nirina** le meilleur dans vos projets qui, je le sais, seront tous plus épatants les uns que les autres.

Bobby, merci pour tous ces bons moments passés ensemble, que ce soit en stage, pour ce DU de qualité scientifique rare avec Hugo, ou tout simplement autour d'un verre. Vivement la prochaine soirée films d'horreurs ;) Je te souhaite le meilleur pour ta vie normande, qu'elle soit remplie de pont l'évêque.

Arnaud & Antoine, merci de m'avoir aussi bien accueillie et aidé à mon arrivée. Vous m'avez défloré de la PL et ça, ça ne s'oublie pas ! Même s'il était bien chaud, ce premier semestre restera un excellent souvenir, grâce à vous. Je vous souhaite le meilleur et surtout, « ça va ta ? »

Quentin, pas besoin de se voir beaucoup pour compter ;) Je te souhaite le meilleur.

Camille, malgré nos mésaventures, ce semestre avec toi reste un très bon souvenir. Je vous souhaite, avec **Johanne** le meilleur.

Les copains d'abord : **Alexia, mon RDS, Marion, Hélène, Matthieu, Clito, Riyad, Jérémy, Pierre, Olivier, Marianne, France...** Merci pour tous ces moments passés ensemble. Toutes ces années partagées à la fac, aussi difficiles soient-elles, restent un merveilleux souvenir grâce à vous. On se sera quand même bien marrés. Loin des yeux certes, mais pas loin du cœur, je vous souhaite à chacun le meilleur pour vos projets respectifs.

Adrien Calmus, au-delà d'avoir été mon chef, tu as été un véritable ami durant ce semestre et par la suite. L'ordre du coussinet n'en n'est qu'à ses débuts... Je te souhaite, ainsi qu'à **Amélie** le meilleur pour vos futurs projets.

Marion, Marc & Marceau, merci de m'avoir accordé votre confiance pour votre petit bébé-mec. Je ferai tout pour être à la hauteur et prendre soin de lui. Je ne doute pas que nous continuerons de tisser tous ensemble des liens très forts. Vous formez une merveilleuse famille et je vous souhaite tout le bonheur que vous méritez.

Oscar & Max, vous êtes tout autant l'un que l'autre, fabuleux. Je suis heureuse de vous connaître et j'espère que l'on aura l'occasion de passer d'autres moments ensemble (avec leur lot d'anecdotes ;)). Restez tels que vous êtes, extravaganza & eleganza.

Max, merci de m'avoir apporté si vite ton amitié et ta confiance (l'exclusivité que tu m'as accordée pour témoigner de ton émotion après la ponte de ton perfecto en est la plus belle preuve...). J'espère qu'avec le temps elle se renforcera encore plus. De toute façon on a pas le choix, y'a que nous qui picolons ;)

Loïc, je suis heureuse d'apprendre à te découvrir un peu plus à chaque fois. Par contre, si tu ne m'emmènes pas faire ce tour en moto je retire ce que j'ai dit...

Thibaud, merci d'avoir été là pendant toutes ces années d'études. Tu m'as soutenue pendant tout ce temps et je ne l'oublierai jamais. Je te souhaite très sincèrement d'être heureux.

A mes autres proches,

Mes oncles et tantes : Jaja, Christian, Tartine et mon parrain, merci d'avoir fait tout ce voyage pour être là aujourd'hui. Votre présence me touche très sincèrement et je suis heureuse de pouvoir partager ce moment avec vous. Et Jaja, merci tout particulièrement pour tous les makotchs que tu as été me chercher :)

Jane et ma **bébé-fille**, vous formez une très belle équipe et je vous souhaite plein de bonheur.

Anne et Kader, merci de m'avoir accueillie si chaleureusement dans votre famille, et déjà fait découvrir tant de choses. Tous nos moments partagés sont de très bons souvenirs. Merci pour votre gentillesse et votre générosité. Vous formez une très belle famille, dont vous pouvez être fiers.

Baptiste, même si tu m'as fait vivre une des pires cuites de ma vie, merci pour tous ces bons moments passés ensemble. J'espère que nous aurons l'occasion d'en partager beaucoup d'autres (et que je gagnerai d'avantages de paris contre toi, car le jeu en vaut clairement la chandelle !). Je te souhaite le meilleur pour la suite, les décisions ne sont pas toujours faciles, mais tu auras tout mon soutien. Et bien sûr une pensée pour **Camille, Antoine, Apolline, Gaspard et Augustin**.

A mes chefs et rencontres de travail,

L'ensemble de mes chefs : Olivier Dufois, Olivier Mantoulan, Alain, Valérie, Muriel, Nicolas... Merci pour vos bons conseils et la formation que vous m'avez apporté. J'ai passé de très bons moments avec chacun d'entre vous et eu la chance d'être formée par d'excellents médecins. Les liens tissés avec vous tous me sont très précieux.

Nathalie Navarro, merci pour ta bonne humeur et ton sourire.

L'équipe du pôle d'excellence de gériatrie, merci pour votre bonne humeur et accueil. Vous êtes une fine équipe et mon appart s'en souvient encore... Revenir travailler avec vous est toujours un plaisir :)

Aux **IDE tabacologues de l'unité de tabacologie du CHU**, merci pour votre collaboration durant cette expérience et tout particulièrement **Marjorie**, merci pour l'aide que tu m'as apporté.

Et pour finir...

Nicola Sirkis, tu ne liras jamais ces mots, mais je m'en fiche car tu es mon idole et tu as joué un rôle dans la personne que je suis devenue. Depuis toutes ces années, tu n'as jamais cessé de me fasciner. Ton charisme et ton talent ne cesseront jamais de me bouleverser.

Fafa, (tout le monde pensera que je suis folle avec ce remerciement mais « ballec », de toute façon, on a tous intégré l'idée que je terminerai petite vieille avec mes 20 chats d'intérieur donc...). Mon petit bébé d'amour, mon petit garçon qui m'a accompagné pendant toutes mes années d'études. Petit œil 1, petit œil 2, petit nez.

Petrus, mon petit pépé d'amour, le chef de la meute Sprimont.

Palpatine, mon petit chaton adoré qui m'a accompagné pendant toute cette thèse.

J'en oublie sûrement, ne m'en veuillez pas ... mais je vous exprime à tous toute mon amitié et mon amour.

Table des matières.

Liste des figures et annexes.	7
Liste des abréviations.	8
I. Introduction.	9
II. Contexte de l'étude.	10
II.1 Le tabagisme en Nouvelle-Aquitaine en 2017.	10
II.2 Les évolutions règlementaires.	12
II.3 Le Moi(s) Sans Tabac.	13
II.4 Des tentatives d'arrêt en augmentation.	15
II.5 Objectifs de l'étude.	16
III. Matériel et Méthodes.	17
III.1 Méthode de recherche bibliographique.	17
III.2 Population incluse et recrutement des participants.	17
III.3 Organisation de l'expérience d'accompagnement collectif.	18
III.4 Recueil des avis des participants.	20
III.5 Analyse des données.	24
III.6 Cadre éthique.	24
III.7 Chronologie de l'expérience.	25
IV. Déroulement des séances de groupe.	26
IV.1 La première séance, les 24 et 31 octobre.	26
IV.2 La deuxième séance, le 6 novembre.	29
IV.3 La troisième séance, le 14 novembre.	32
IV.4 La quatrième séance, le 21 novembre.	33
IV.5 La cinquième séance, le 28 novembre.	35
V. Résultats.	36
V.1 Les participants.	36
V.2 Les principaux freins et leviers contributifs exprimés.	37
V.3 Efficacité de la prise en charge.	45
V.4 Le coaching par les infirmières tabacologues.	47
V.5 Les avis sur les prescripteurs des patches.	49
VI. Discussion.	56
VI.1 Enseignements principaux.	56
VI.2 Points forts.	59
VI.3 Limites.	60
VI.4 Perspectives.	64
VII. Conclusion.	68
VIII. Bibliographie.	69
IX. Annexes.	73
X. Serment d'Hippocrate.	85

Liste des figures et annexes.

Figures.

- Figure 1** : Nombre estimé de fumeurs quotidiens, taux bruts et standardisés*, et odds ratios** associés au fait d'habiter dans une région par rapport au reste de la France métropolitaine pour le tabagisme quotidien chez les adultes de 18 à 75 ans.
- Figure 2** : Prévalence (en %) du tabagisme quotidien par région parmi les 18-75 ans en France métropolitaine, 2017.
- Figure 3** : Prévalences régionales du tabagisme quotidien à 17 ans en 2017.
- Figure 4** : Statut tabagique des 18-75 ans en 2017 en France métropolitaine et en région Nouvelle-Aquitaine, et selon le sexe et l'âge pour la région Nouvelle-Aquitaine.
- Figure 5** : Evolution de la prévalence du tabagisme quotidien en Nouvelle-Aquitaine selon le sexe parmi les 18-75ans, entre 2000 et 2017.
- Figure 6** : Répartition des inscrits au Moi(s) Sans Tabac dans la région Nouvelle-Aquitaine.
- Figure 7** : Tentatives d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer chez les fumeurs quotidiens de 18-75 ans en France métropolitaine et Nouvelle-Aquitaine, et selon l'âge et le sexe pour la région Nouvelle-Aquitaine.
- Figure 8** : Ventes de traitements de sevrage tabagique, en équivalents « nombre de patients traités ».
- Figure 9** : Parcours du groupe.
- Figure 10** : Les différents types d'entretien.
- Figure 11** : Carnet de traçabilité.
- Figure 12** : Avantages et inconvénients de la prise en charge en groupe versus individuelle.

Annexes.

- Annexe 1** : Diaporama de présentation du bilan des consultations « sans délais » à l'ARS.
- Annexe 2** : Information diffusée en amont du projet.
- Annexe 3a** : Questionnaire participant en début de première séance.
- Annexe 3b** : Questionnaire participant en fin de première séance.
- Annexe 4** : Le coaching téléphonique réalisé par les IDE tabacologues.
- Annexe 5a & b** : Tableaux résumant les caractéristiques des participants.
- Annexe 6** : Exemple de coaching infirmier des participants.
- Annexe 7** : Déclaration CNIL.
- Annexe 8** : Annonce de la FMC diffusée aux professionnels de santé.
- Annexe 9** : Courrier informatif à destination des professionnels de santé.

Liste des abréviations.

TNS : Traitements substitutifs nicotiniques.

IDE : Infirmier(e) diplômé d'état.

BSP : Bulletin de santé publique.

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

ARS : Agence régionale de santé.

NA : Nouvelle Aquitaine.

HAS : Haute autorité de santé.

MT : Médecin traitant.

PS : Professionnel de santé.

MST : Moi(s) Sans Tabac.

TIS : Tabac info service.

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

I. Introduction.

Le tabagisme reste un enjeu majeur de santé publique. L'Etat est de plus en plus déterminé et poursuit l'élaboration de Plans nationaux successifs pour inciter la population à cesser de fumer. On relève une popularité croissante du Moi(s) Sans Tabac, défi collectif proposant d'arrêter de fumer pendant le mois de Novembre, créé en 2016 et réitéré chaque année. On dénombre ainsi de plus en plus de participants, notamment en Nouvelle-Aquitaine, grâce à un ensemble d'évènements réalisés dans toute la France par des organismes partenaires et à des campagnes de communications dans les médias. Il s'ensuit une nette augmentation des demandes d'aide à l'arrêt du tabac.

Cependant, le manque de formation et le manque de temps pour prendre en charge ces fumeurs sont avancés par les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes (1, 2).

Ils privilégient l'orientation vers les consultations spécialisées, avec une majoration des délais de celles-ci jusqu'à plusieurs mois (3).

Dans le même temps, l'ARS Nouvelle Aquitaine, dès 2017, a fortement incité à mettre en place au sein des structures spécialisées de tabacologie, des consultations dites « sans délais », dédiées au Moi(s) Sans Tabac.

Ce dispositif a été mis en œuvre en novembre 2017 et évaluée par la tabacologue de l'Hôpital Suburbain du Bouscat : ces consultations « sans délais » ont été à l'origine de plus d'une centaine de consultations au cours des mois suivants en plus de son activité habituelle, majorant fortement la surcharge de travail déjà présente (4) (Annexe 1).

Ce médecin a donc conçu une nouvelle **expérience d'accompagnement collectif d'aide à l'arrêt du tabac en lien avec les prescripteurs libéraux de substituts nicotiques**. Il s'agissait d'accroître l'efficacité de l'offre de prise en charge en répondant simultanément à un plus grand nombre de fumeurs en demande d'aide. La prise en charge conjointe avec les professionnels de santé, devait par ailleurs permettre d'investir davantage ceux-ci dans le sevrage tabagique de leurs patients.

Cette prise en charge consistait en une succession hebdomadaire de réunions de groupe, pendant le Moi(s) Sans Tabac de Novembre 2018, rencontres animées par la tabacologue de l'établissement. Y était associé un coaching infirmier en inter-séances. Les participants étaient invités à consulter un professionnel de santé prescripteur de substituts nicotiques, pour obtenir un soutien thérapeutique adapté.

Notre question de recherche est la suivante :

Quel retour d'expérience font les patients de leur participation à un dispositif d'accompagnement collectif d'aide au sevrage tabagique ?

Afin de rendre nos résultats plus saillants, nous compilerons deux sources de recueil de données, d'une part issues des séances de groupe largement ouvertes à l'expression des participants, et d'autre part obtenues par les entretiens individuels directs réalisés à 6 mois de l'expérience.

Nous tenterons de dégager les leviers les plus contributifs - et les freins éventuels - à l'efficacité de cette nouvelle expérience.

II. Contexte de l'étude.

II.1 Le tabagisme en Nouvelle-Aquitaine en 2017.

D'après les derniers bulletins de Santé Publique France (5, 6), en Nouvelle-Aquitaine, la prévalence de la consommation quotidienne de tabac en 2017 est de 28,1% (taux standardisé, ajusté sur l'âge et le sexe [Figure 1]). Elle ne se distingue pas du reste de la France (Figure 2).

	Nombre estimé de fumeurs quotidiens	Fumeurs quotidiens (taux brut)	IC 95 %	Fumeurs quotidiens (taux standardisé*)	IC 95 %	OR ajusté**	IC 95 %
Île-de-France	1 900 000	22,1 %	[20,6-23,7]	21,3 %	[19,9-22,9]	0,87	[0,80-0,95]
Pays de la Loire	600 000	23,2 %	[20,7-26,0]	23,0 %	[20,5-25,8]	0,75	[0,66-0,86]
Normandie	600 000	25,2 %	[22,3-28,2]	25,6 %	[22,8-28,7]	0,90	[0,78-1,03]
Auvergne-Rhône-Alpes	1 500 000	26,3 %	[24,4-28,2]	26,2 %	[24,4-28,2]	0,95	[0,87-1,04]
Bretagne	600 000	26,4 %	[23,6-29,3]	26,5 %	[23,8-29,5]	0,99	[0,87-1,13]
Centre-Val de Loire	500 000	27,0 %	[23,7-30,7]	28,0 %	[24,5-31,7]	1,02	[0,87-1,18]
Nouvelle-Aquitaine	1 100 000	27,4 %	[25,2-29,7]	28,1 %	[25,9-30,5]	1,04	[0,94-1,15]
Bourgogne-Franche-Comté	500 000	27,8 %	[24,6-31,2]	28,6 %	[25,4-32,1]	1,04	[0,90-1,19]
Occitanie	1 200 000	29,3 %	[27,0-31,6]	30,3 %	[28,0-32,7]	1,18	[1,06-1,30]
Grand Est	1 200 000	30,3 %	[27,9-32,8]	30,1 %	[27,7-32,6]	1,14	[1,03-1,27]
Hauts-de-France	1 300 000	30,8 %	[28,2-33,4]	30,5 %	[27,9-33,1]	0,98	[0,88-1,09]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 200 000	31,4 %	[28,7-34,2]	32,2 %	[29,5-34,9]	1,28	[1,14-1,43]

* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.
 ** Odds ratios associés à chaque région par rapport au reste de la France, ajustés sur l'âge, le sexe, le revenu par unité de consommation, le niveau de diplôme et la situation professionnelle. Les odds ratios significatifs sont surlignés. Résultats issus d'une régression logistique multivariée. OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%

Figure 1 : Nombre estimé de fumeurs quotidiens, taux bruts et standardisés*, et odds ratios** associés au fait d'habiter dans une région par rapport au reste de la France métropolitaine pour le tabagisme quotidien chez les adultes de 18 à 75 ans. (Source : bulletin de santé publique de janvier 2019 - Santé publique France)

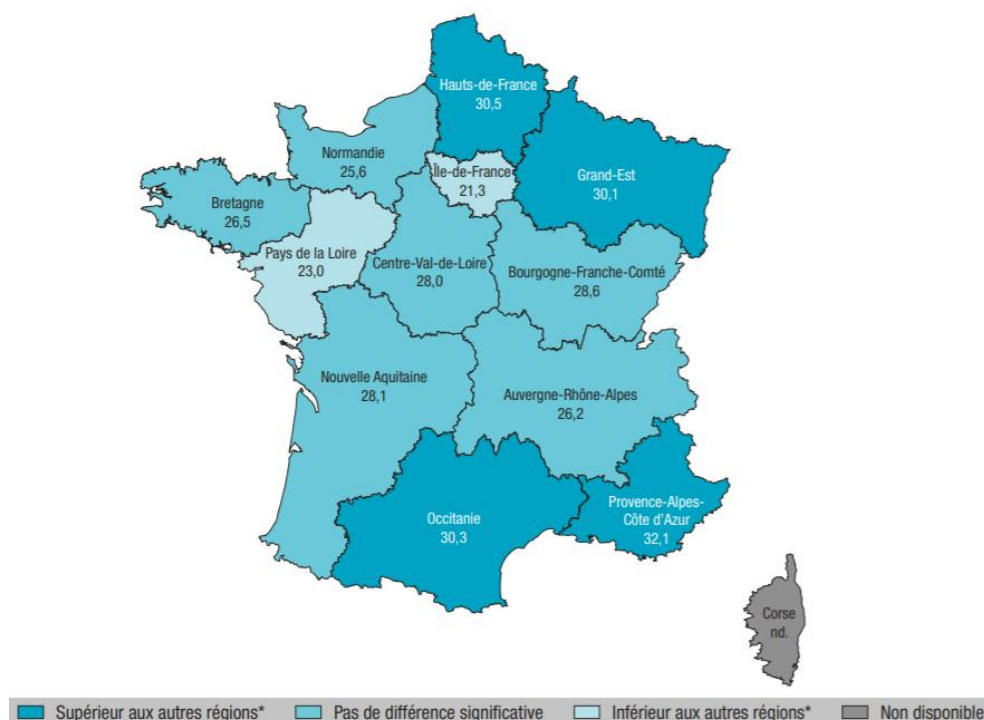


Figure 2 : Prévalence (en %) du tabagisme quotidien par région parmi les 18-75 ans en France métropolitaine, 2017. (Source : enquêtes Baromètre santé2017 - Santé publique France).

En revanche, concernant les jeunes de 17 ans, la prévalence de l'usage quotidien du tabac **est plus élevée en Nouvelle-Aquitaine** (tout comme en Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Normandie, Bretagne et Corse) que dans les autres régions, avec un chiffre à 28,5% (Figure 3).

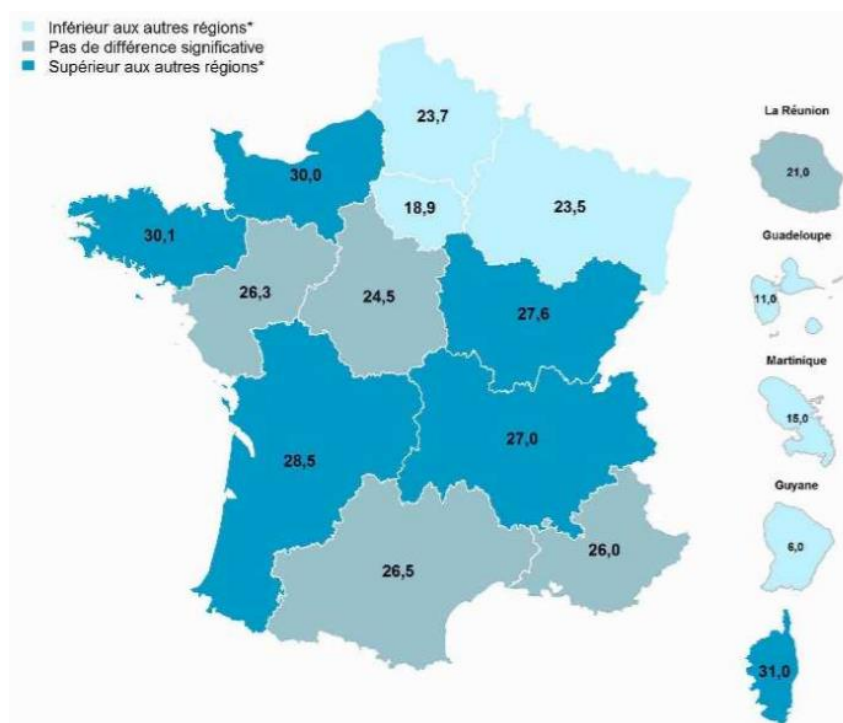


Figure 3 : Prévalences régionales du tabagisme quotidien à 17 ans en 2017. (Source : bulletin de santé publique de janvier 2019 - Santé publique France).

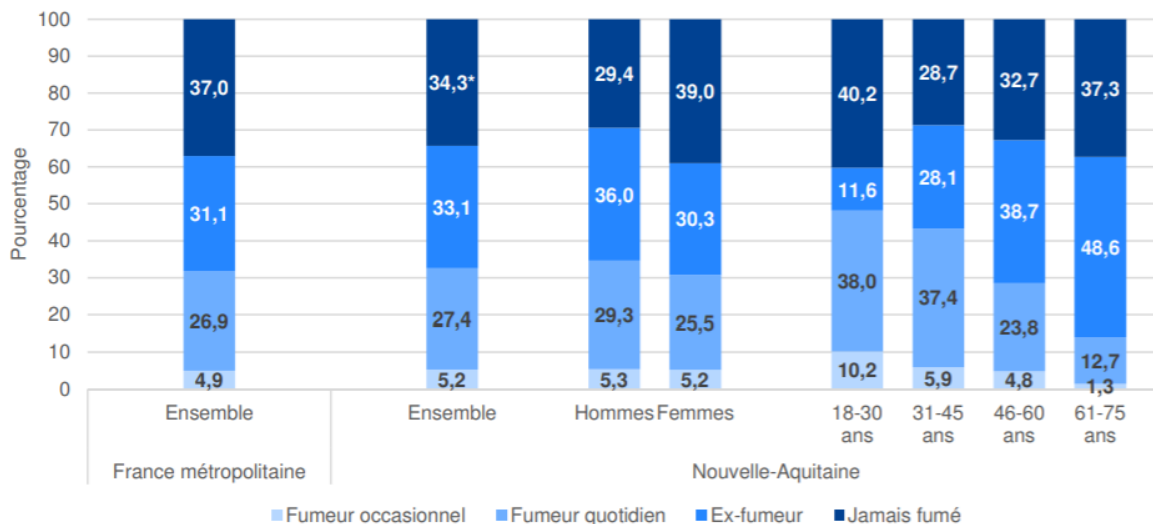
Le Baromètre Santé centré sur la région Nouvelle-Aquitaine (6), montre qu'en 2017, 32,6 % des personnes âgées de 18-75 ans déclarent fumer (quotidiennement ou occasionnellement, taux brut). Le nombre de fumeurs quotidiens est de 1 100 000 (Figure 4).

En comparaison, cette proportion en France métropolitaine est de 31,9 %.

Après s'être accrue de 29 % en 2000 à 32 % en 2016, **la prévalence du tabagisme quotidien en région Nouvelle-Aquitaine est de 27,4 % en 2017** parmi les 18-75 ans, proportions non statistiquement différentes de celle de la France métropolitaine (26,9 %). La consommation occasionnelle de tabac s'élève à 5,2 % pour la région, proportion également non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (4,9 %) (Figures 4 et 5).

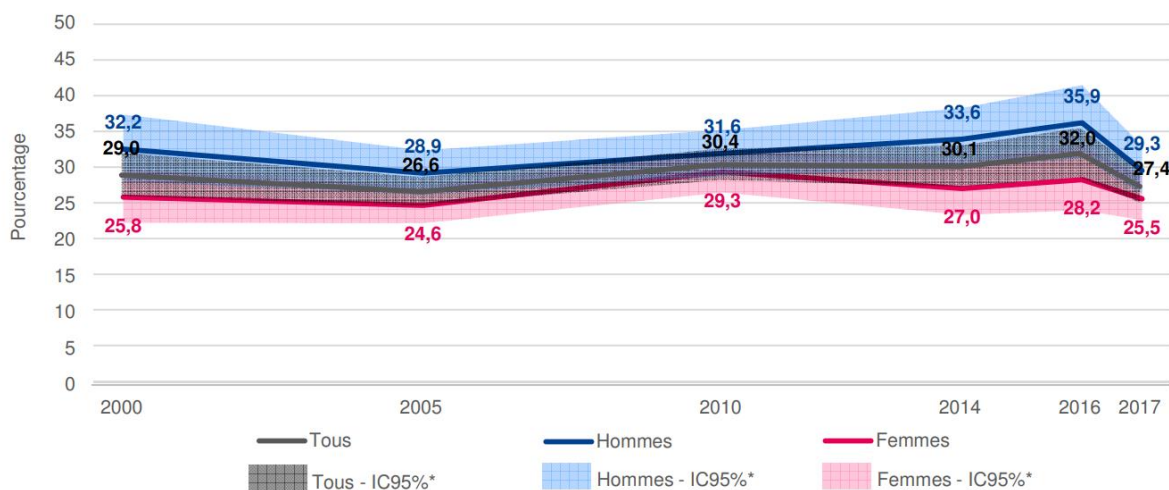
Pour la région en 2017, si l'on différencie les sexes, le pourcentage de fumeurs (quotidiens ou occasionnel, taux brut) reste plus important chez les hommes (34,6%) que chez les femmes (30,7%). Le nombre de fumeurs quotidiens (taux brut) est de 29,3 % chez les hommes et 25,5 % chez les femmes (Figures 4 et 5).

La proportion de fumeurs quotidiens diffère également selon les classes d'âges avec un pourcentage de fumeurs plus important chez les 18-30 ans, suivi des 31-45 ans et des 46-60 ans, par rapport à la classe d'âge des 61-75 ans (Figure 4).



Les * indiquent une différence significative entre la région et le reste de la France métropolitaine.

Figure 4 : Statut tabagique des 18-75 ans en 2017 en France métropolitaine et en région Nouvelle-Aquitaine, et selon le sexe et l'âge pour la région Nouvelle-Aquitaine. (Source : bulletin de santé publique de janvier 2019 - Santé publique France).



* IC95% : intervalle de confiance de la prévalence du tabagisme quotidien chez les 18-75 ans selon l'année.

Figure 5 : Evolution de la prévalence du tabagisme quotidien en Nouvelle-Aquitaine selon le sexe parmi les 18-75ans, entre 2000 et 2017. (Source : bulletin de santé publique de janvier 2019 - Santé publique France).

II. 2 Les évolutions règlementaires.

❖ Les mesures gouvernementales.

Un ensemble de mesures gouvernementales d'envergure ont été mises en œuvre, avec notamment le PNRT 2014-2019 (Programme National de Réduction du Tabagisme) puis le PNLTL 2018-2022 (Programme National de Lutte contre le Tabagisme) (7, 8).

Parmi les mesures phares contenues dans ces programmes, on retrouve : l'augmentation des prix du tabac ; le paquet neutre ; le pictogramme « femme enceinte » sur le paquet de cigarettes ; l'interdiction de fumer et vapoter dans les lieux publics et aires de jeux pour enfants ; l'interdiction des arômes et additifs les plus attractifs pour les jeunes.

Les traitements addictolytiques sont totalement pris en charge par l'assurance maladie : la Varénicline (Champix®) depuis mai 2017, et les substituts nicotiques à partir du printemps 2018, avec une extension progressive à toutes les marques, presque complète fin 2018.

Cette disposition doit permettre à la fois de lever les freins liés à l'avance de frais, d'avoir le même tarif pour un produit sur tout le territoire, et de favoriser une durée de traitement adaptée (9).

❖ Focus sur les nouveaux prescripteurs.

La loi de modernisation de notre système de santé du 1^{er} janvier 2016 (10) a élargi la possibilité de prescription des substituts nicotiques à des **professionnels de santé autres que les médecins et les sages-femmes**. En effet, l'article L.3511-10 stipule que :

« Les substituts nicotiques peuvent être prescrits par :

- Les médecins, y compris les médecins du travail aux travailleurs ;
- Les chirurgiens-dentistes ;
- Les sages-femmes ;
- Les infirmiers ou les infirmières ;
- Les masseurs-kinésithérapeutes ».

De plus, concernant les sages-femmes, il est stipulé qu'elles peuvent désormais « prescrire des substituts nicotiques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou assurent la garde de ce dernier ».

Cette nouvelle politique s'appuie sur les recommandations de la HAS (11), dans laquelle les TNS sont décrits comme le traitement de première intention dans le sevrage tabagique.

II.3 Le Moi(s) Sans Tabac.

❖ Généralités.

Le Moi(s) Sans Tabac est une opération conçue et pilotée par Santé publique France en partenariat avec le Ministère des Solidarités et de la Santé et avec l'Assurance Maladie.

Lancée pour la première fois en 2016, cette campagne d'aide à l'arrêt du tabac mise sur un élan collectif en incitant les fumeurs à arrêter ensemble pendant 30 jours, au mois de novembre.

Elle annonce qu'« un mois d'abstinence tabagique multiplie par 5 les chances d'arrêter de fumer à long terme », en justifiant qu'après 30 jours d'abstinence, la dépendance est bien moins forte et les symptômes de manque sont moins présents.

Tout au long du mois de novembre, Santé publique France et les partenaires du Moi(s) Sans Tabac organisent plusieurs milliers d'opérations sur l'ensemble du territoire.

Concernant la troisième édition de 2018, contexte de cette thèse, on note une mobilisation record. En effet, d'après un article du 29 novembre 2018 de Santé Publique France (12), le Moi(s) Sans Tabac chiffre une participation en hausse de 54% par rapport à 2017.

❖ Focus sur le Moi(s) Sans Tabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine.

En Nouvelle-Aquitaine, on note une forte participation avec 23 500 Néo-Aquitains (contre 15 000 en 2017) ayant tenté de relever le défi en s'inscrivant sur le site tabac-infoservice.fr (6, 13, 14).

D'ailleurs, la Gironde comptait 7416 inscrits, la plaçant en troisième position du nombre d'inscrits au plan national, derrière les départements du Nord et de Paris (Figure 6) (13).

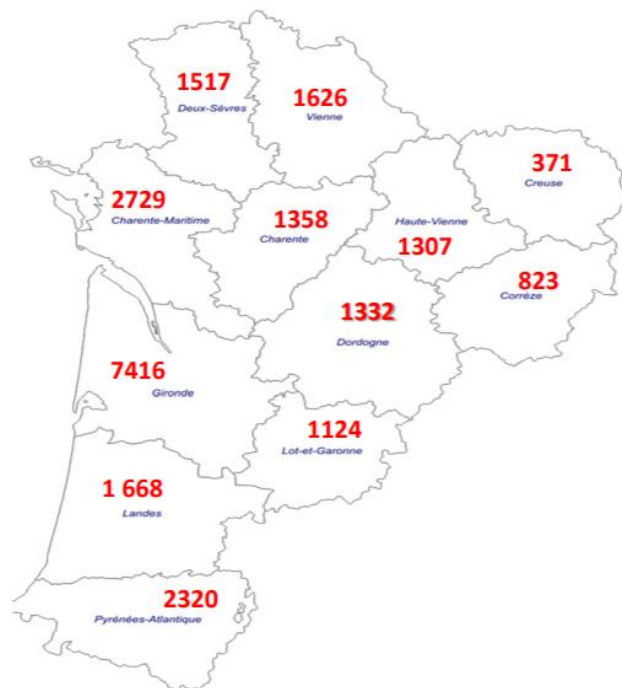


Figure 6 : Répartition des inscrits au Moi(s) Sans Tabac dans la région Nouvelle-Aquitaine. (Source : Shona Barbette. Dispositif #MoiSansTabac en Nouvelle-Aquitaine : Facteurs favorisant son implantation en région. Mémoire de DIU de tabacologie et aide au sevrage tabagique, 2019).

Tout ceci est le résultat d'un engagement croissant de la part des partenaires de la région, tant au niveau du nombre d'acteurs qu'en nombre d'actions proposées autour de cette opération.

C'est ainsi que divers types d'actions ont pu être proposés au grand public : ateliers collectifs, stands d'informations, affichages, conférences, ciné-débats, expositions, villages évènementiels, fans zones, animation sur les réseaux sociaux. Des consultations « sans délai » ont été organisées dans les structures spécialisées en addictologie, les consultations hospitalières de tabacologie ou encore les centres d'examen de santé de l'assurance maladie.

Pour cette troisième édition de 2018, on recense 546 actions pour la région dans la base OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé), mise en place par Santé Publique France.

De nouveaux partenaires ont même souhaité rejoindre la démarche en 2018 comme des entreprises (Thalès, Ariane Group ...), des institutions (Pôle Emploi, Conseils Départementaux...), des collectivités, ou encore des centres pénitenciers, ce qui a permis de toucher tous les publics, mêmes les plus vulnérables (13).

Ainsi, la campagne Moi(s) Sans Tabac a été très présente en Nouvelle-Aquitaine puisqu'elle a investi l'environnement social du fumeur, tant sa sphère professionnelle que personnelle.

On retrouve cette popularité également du côté des médias et réseaux sociaux.

En effet, en 2018, la page Facebook #MsST (Moi(s) Sans Tabac) Nouvelle-Aquitaine comptabilisait 2475 membres (contre 1763 en 2017) ce qui situait la région en première place sur la communication digitale.

Une communauté virtuelle d'entraide de fumeurs a donc été créée et celle-ci perdure entre les éditions, ce qui favorise un accompagnement possible tout au long de l'année.

De plus le service communication de l'ARS a financé la diffusion du spot télévisuel #MoisSansTabac dans 27 cinémas de la région répartis sur les 12 départements (représentant près de 200 000 spectateurs) (13).

II.4 Des tentatives d'arrêt en augmentation.

En Nouvelle-Aquitaine, en 2017, 54,6 % des fumeurs quotidiens déclarent avoir envie d'arrêter de fumer, dont 21,9 % avec un projet d'arrêt dans les 6 mois (6).

Ce désir d'arrêt se retrouve chez 54,8 % des hommes et chez 54,3 % des femmes.

Il est plus important dans la tranche des plus âgés (61-75ans).

Parmi ces fumeurs quotidiens, 27 % ont fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est non statistiquement différente de celle en France métropolitaine évaluée à 26,3 %.

Cette tentative d'arrêt concerne 27,6 % des hommes et 26,3 % des femmes (Figure 7) (6).

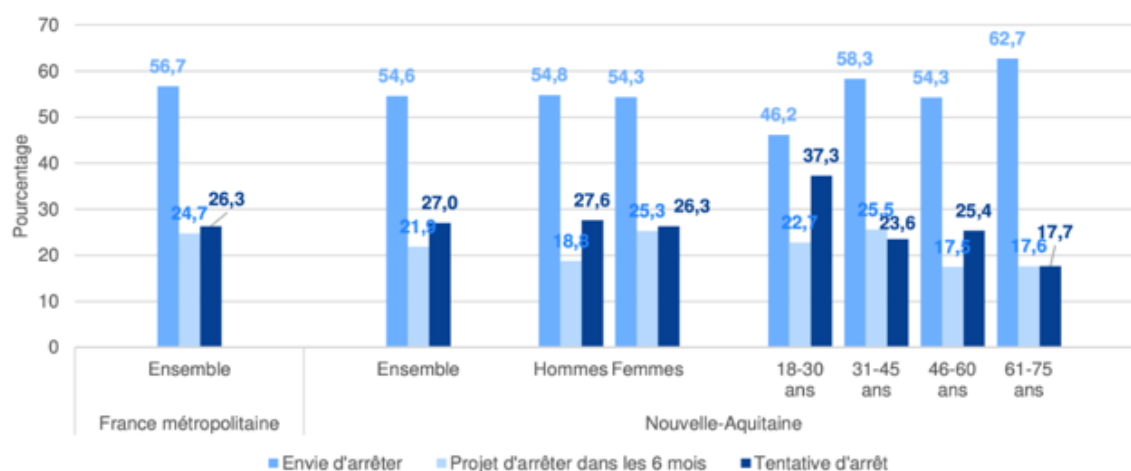


Figure 7 : Tentatives d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer chez les fumeurs quotidiens de 18-75 ans en France métropolitaine et Nouvelle-Aquitaine, et selon l'âge et le sexe pour la région Nouvelle-Aquitaine. (Source : bulletin de santé publique de janvier 2019 - Santé publique France).

De façon concomitante, l'utilisation des TNS (traitements nicotiniques de substitution) a fortement augmenté.

Selon l'OFDT, en 2018, les ventes de traitements d'aide à l'arrêt du tabac réalisées en pharmacie ont connu un niveau jamais atteint, avec 3 413 896 « équivalents patients traités » contre 2 726 417 en 2017, soit un quart de plus.

Concernant les patchs nicotiniques, en 2018, le nombre de patients traités a augmenté de près de 50 % (49,8 % exactement), et leur part de marché a progressé fortement, passant de 39,3 % en 2017 à 47 % en 2018 (Figure 8).

Les ventes de substituts oraux progressent de 4,3 % en équivalents patients traités. Toutefois, leur part dans les traitements est en baisse de 9 points par rapport à 2017, atteignant 45,7 % (15).

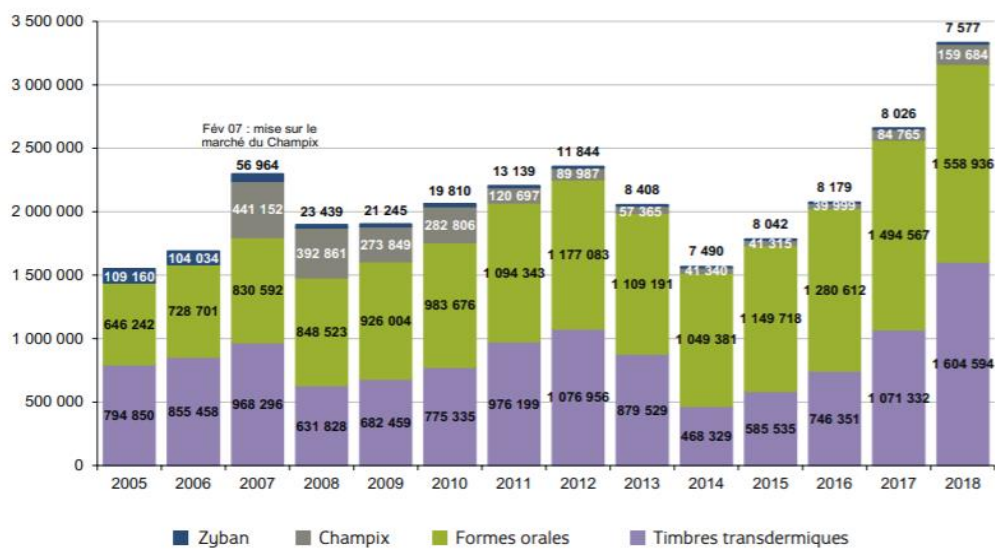


Figure 8 : Ventes de traitements de sevrage tabagique, en équivalents « nombre de patients traités » (Source : OFDT. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018).

II. 5 Objectifs de l'étude.

Plusieurs objectifs ont pu être définis :

- **Objectif principal :**

Évaluer les freins et les leviers de ce dispositif, en obtenant le point de vue des participants sur cette prise en charge en groupe.

- **Objectifs secondaires :**

Évaluer l'efficacité du dispositif en termes de nombre de sevrages obtenus.

Évaluer la pertinence de l'articulation avec les prescripteurs libéraux.

Évaluer l'apport du coaching infirmier.

III. Matériel et Méthodes.

III.1 Méthode de recherche bibliographique.

❖ Méthode de recherche sur Babord+

Les recherches ont été faites en tapant les différents termes en rapport avec l'objet de la recherche. Les « mots clés » les plus fréquents étaient : « arrêt (ou) sevrage / stop (or) cessation (or) giving-up » ; « tabac (ou) tabagique / « tobacco (or) smoking » ; « collectif (ou) groupe (ou) groupal / « collective (or) group » ; « fumeurs/smokers » ; « professionnels de santé/health personnel » ; « médecins généralistes/general practitioners » ; « patient » ; « traitements substitutifs (ou) de substitution nicotiques / nicotine replacement therapy (or) nicotinic substitute treatment » ; « patches nicotiques / nicotine patches » ; « nouveaux prescripteurs ».

Puis selon l'objet de la recherche, d'autres mots clés étaient définis.

Pour chaque recherche, des filtres étaient appliqués comme : « source » où étaient sélectionnés en priorité science direct ; HAL ; Pubmed ; revue médicale suisse ; Cairn. D'autres filtres comme « langue » (français, anglais) ou « année de publication » (2000-2019) pouvaient être appliqués.

❖ Autres moteurs de recherches utilisés.

Ensuite, des recherches ont été faites sur d'autres sites ou moteurs de recherche proposant des groupements d'articles scientifiques tels que le CISMef, Google Scholar, Cochrane.

❖ Autres sites consultés.

Plusieurs sites pertinents en Santé publique et médecine ont été consultés pour réaliser ce travail. Il s'agissait notamment des sites internet de Santé Publique France, de solidarités.santé.gouv, de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), de la Haute Autorité de santé (HAS), de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), de l'Agence Européenne du Médicament (EMA), d'Améli, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'Inserm, de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine (ARS NA).

Mais aussi des sites spécialisés tels que Tabac Info Service, le Respadd, Addictoclic d'AGIR 33 Aquitaine.

III.2 Population incluse et recrutement des participants.

❖ Population incluse.

Les participants étaient des sujets fumeurs sans critères restrictifs (tels l'âge, le sexe, l'ancienneté du tabagisme, les essais antérieurs de sevrage, la localisation géographique ...).

❖ Recrutement des participants.

Ils ont été inclus dans les groupes par le secrétariat des consultations hospitalières d'addictologie. Il s'agissait de personnes sollicitant un rendez-vous de consultation individuelle avec le Dr Lajzerowicz. Les secrétaires les ont alors informés que s'ils souhaitaient être reçus dans des délais plus brefs que ceux d'une consultation classique (4 à 5 mois pour la consultation hospitalière du Bouscat (4)), un accompagnement collectif était proposé au cours du Moi(s) sans tabac de Novembre 2018.

Les sujets avaient été adressés par leur médecin traitant pour certains, d'autres appelaient de leur propre initiative.

Une information sur le projet (*Annexe 2*) avait été diffusée par la doctorante auprès du groupe « SIMGA » (Syndicat des Internes en Médecine Générale d'Aquitaine), encourageant les internes/médecins remplaçants à orienter les patients fumeurs, rencontrés lors de leur activité, vers ce projet.

L'addictologue avait décidé d'ouvrir 2 groupes, compte tenu de l'afflux des demandes.

Deux dates pour la première réunion ont été proposées aux participants : 24 ou 31 octobre 2018.

Les participants étaient inclus au fur et à mesure de leurs appels au secrétariat pour solliciter une prise en charge.

Concernant l'intégration des infirmières tabacologues, celles-ci avaient été sollicitées par le Dr Lajzerowicz, elle-même ayant une activité au CHU de Bordeaux en collaboration avec elles, dans l'Unité de tabacologie, à Pellegrin.

III.3 Organisation de l'expérience d'accompagnement collectif.

❖ Animation des séances hebdomadaires par l'addictologue.

Les réunions hebdomadaires se sont déployées sur 6 semaines, entre le 24 octobre et le 28 novembre 2018, soit **6 séances au total**, la première séance ayant été proposée aux deux groupes.

Les séances commençaient à 18h et duraient environ 1h30.

Les participants étaient accueillis à l'Hôpital Suburbain du Bouscat, en salle du conseil.

Chaque séance comprenait la coordinatrice addictologue, un observateur/rapporteur (la doctorante) et une infirmière tabacologue du CHU de Bordeaux (pour les premières séances).

Les participants et les intervenants étaient disposés **en table ronde** afin de faciliter les échanges. Chacun, y compris les intervenants, avait devant lui un chevalet portant son prénom afin de favoriser une ambiance conviviale.

Un recueil initial de données était proposé aux groupes lors de la première réunion. Un premier questionnaire, distribué avant le début de la séance, avait pour but de connaître son histoire tabagique, sa motivation, ses craintes, ses attentes, l'implication de son médecin traitant et la façon dont il avait connu les groupes (*Annexe 3a*).

Un questionnaire de fin de séance, avait pour objectif d'évaluer la décision du sujet d'entreprendre une démarche de sevrage, le type de professionnel prescripteur qu'il pensait contacter et son souhait ou non de bénéficier du coaching infirmier (*Annexe 3b*). Ces données étaient laissées à disposition des IDE pour favoriser leurs entretiens individuels en inter-séance.

❖ Coaching téléphonique par les IDE tabacologues.

Il s'agissait des deux infirmières de l'Unité de tabacologie du CHU de Bordeaux, Service des Maladies Respiratoires de Haut Lévêque, dirigé par le Pr Chantal Raheison. Leur participation était basée sur le bénévolat.

Elles avaient pour mission d'appeler, chaque semaine en inter-séance, les participants ayant donné leur accord, afin de faire un bilan de leur consommation tabagique, de renforcer leur motivation et de répondre à leurs éventuelles questions.

La trame de leurs entretiens est présentée en *Annexe 4*.

❖ Implication des prescripteurs libéraux.

Après la réunion initiale, le participant était orienté vers le professionnel de santé de son choix pour la **prescription des substituts nicotiniques**. La réunion suivante permettait un premier bilan, avant de conseiller de nouveau au participant de consulter son professionnel de santé pour adaptation du traitement et/ou complément de prise en charge. Par la suite, un ou deux autres contacts avec le professionnel de santé étaient encouragés durant le mois d'accompagnement collectif (*Figure 9*).

A noter qu'aucune prescription n'a été faite durant les séances collectives. L'initialisation et l'adaptation des traitements était laissée au soin du professionnel de santé. En effet, l'objectif n'était pas une « prescription de masse », mais bien une collaboration avec ces nouveaux prescripteurs.

La description des séances en elles-mêmes se trouve dans la partie « résultats ».

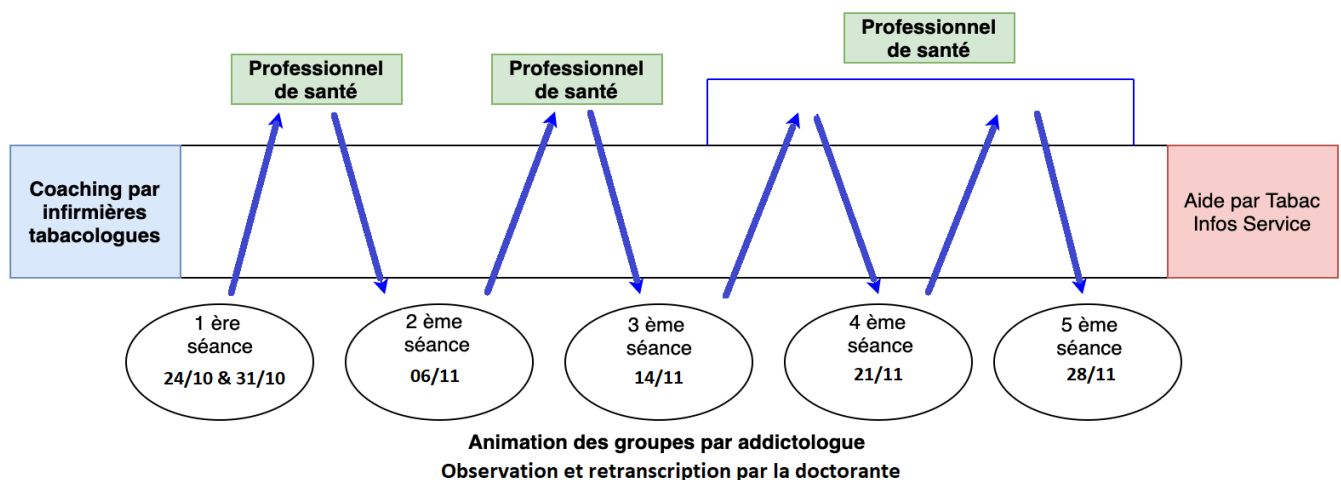


Figure 9 : Parcours du groupe.

❖ Transmission des messages principaux.

L'objectif de l'addictologue était de diffuser aux participants des groupes, **les mêmes messages essentiels** que ceux transmis aux patients reçus en consultation individuelle : les concepts de l'addiction, la dualité des effets du tabac sur le psychisme, la notion d'ambivalence et les outils de thérapie comportementale, la gestion du craving, le traitement par substituts nicotiniques. Le schéma du parcours proposé, en lien avec le professionnel de santé, était également explicité.

III.4 Recueil des avis des participants.

❖ Type d'étude.

- **Séances en groupe.**

Il s'agit d'une étude en focus groupe, exploratoire, non directive, qualitative.

Le focus group est une technique d'enquête qualitative, avec un « groupe d'expression », qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé avec un animateur et un observateur.

L'objectif est d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. En effet, elle favorise l'émergence de toutes les opinions des sujets appartenant au groupe. De plus, la dynamique de groupe permet d'explorer différents points de vue et idées, voire faire émerger des idées nouvelles (16).

La recherche exploratoire sert à produire des connaissances sur des phénomènes peu documentés et permet ainsi de baliser une réalité à étudier et clarifier un problème défini (17).

Dans la méthode non directive, l'enquêteur encourage les personnes à enrichir et approfondir leur réponse (18).

- **Entretiens à distance des séances.**

Il s'agit d'une étude qualitative, semi-structurée, par entretiens individuels téléphoniques à distance (6 mois).

La méthode qualitative est appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement, donc subjectifs. En effet, elle permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles (cas de l'expérience ici). Elle est donc particulièrement adaptée à certains types de questions de recherche en soins primaires (19).

L'étude qualitative est la plus adaptée à l'émergence d'hypothèses, donc utile pour répondre aux objectifs de notre recherche, c'est-à-dire la mise en évidence des freins et leviers les plus contributifs à une prise en charge collective de sevrage tabagique) (20).

Pour les entretiens nous avons choisi une **forme semi-structurée**. Il s'agit de questions ouvertes structurées à l'aide d'un guide d'entretien comportant des thématiques, avec des grandes questions et des prévisions de relances éventuelles. Les entretiens ne sont pas réalisés de manière systématisée, mais dans le cadre d'une relation, d'une conversation avec l'interviewé, le cheminement des questions s'adaptant au fil de la discussion.

L'utilisation d'un tel procédé dans le contexte de la recherche en santé est justifiée lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience des patients, etc. (16).

Il s'agissait de recueillir l'opinion et les perceptions des participants, et de laisser libre cours à leur discours dans le but d'obtenir des réponses authentiques et une description riche de leur ressenti. Les questions de relance permettaient d'approfondir les notions intéressantes, d'orienter le discours afin de répondre à nos questions (20).

Le chercheur établit une relation de confiance avec son informateur, fondamentale car conditionnant la richesse, la qualité, l'authenticité du matériel collecté. Il lui laisse le temps, permettant une expression du patient plus spontanée et généreuse (21).

La figure 10 en résume les principales caractéristiques (21).

D'ailleurs, selon le livre « L'entretien de recherche qualitatif » (22), dans l'entretien semi-dirigé, le degré de liberté accordé à l'interviewé est important, ce qui lui permet de développer d'autres thèmes auxquels le chercheur n'avait pas pensé en préparant l'entretien.

Entretien dirigé (ou directif)	Entretien semi-dirigé (ou semi-directif)	Entretien libre (ou non directif)
Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées	Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé	Discours continu
Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis	Quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer	Aucune question préparée à l'avance
Information partielle et réduite	Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi	Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente
Information recueillie rapidement ou très rapidement	Information recueillie dans un laps de temps raisonnable	Durée de recueil d'informations non prévisible
Inférence assez faible	Inférence modérée	Inférence exclusivement fonction du mode de recueil

Figure 10 : Les différents types d'entretien. (Source : Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie).

❖ Méthode de recueil des avis.

- **Triangulation des méthodes.**

Les avis des participants ont ainsi été obtenus à partir de différents axes : les séances de groupe et les entretiens téléphoniques à 6 mois.

Il s'agit du concept de **triangulation des méthodes**, qui consiste, pour un même objet d'évaluation, à employer différentes méthodes pour recueillir des informations et en extraire un sens (23).

Les avantages de cette technique sont abordés dans la partie « discussion ».

- **Séances en groupe.**

Un tour de table était systématiquement réalisé en début de séance pour permettre à chaque participant de faire part de son expérience propre. Puis, au cours de la séance, la parole était laissée libre et chacun intervenait selon son envie.

Les données ont été enregistrées à l'aide d'un téléphone portable (Samsung Galaxy S7 edge) après information et obtention de l'accord de l'ensemble des participants présents lors des groupes.

- **Entretiens à distance des séances.**

Tous les entretiens étaient réalisés au téléphone par la même investigatrice (doctorante), 6 mois après le début de la démarche.

Il a été choisi d'interviewer les personnes **ayant assisté à au moins 3 réunions**. En effet, afin d'obtenir un avis objectif des participants, il était souhaitable qu'ils aient assisté à plusieurs séances pour pouvoir nous faire un retour pertinent sur leur ressenti de l'expérience.

Les participants interviewés ont été systématiquement informés dès le début de l'entretien de l'anonymisation de leurs réponses. Ils ont également été informés de l'enregistrement de l'entretien, sous réserve de leur accord.

Les entretiens étaient effectués soit spontanément lors du premier appel, si le participant avait du temps à accorder à l'investigatrice. Sinon, un rendez-vous téléphonique était pris avec lui. En cas de non réponse à l'appel, un message vocal était laissé sur le répondeur en laissant les coordonnées de l'investigatrice pour pouvoir convenir d'un rendez-vous téléphonique.

Il n'y avait pas de limite de temps imposée pour les entretiens.

L'intérêt des **entretiens téléphoniques** était de s'adapter au mieux aux contraintes et à l'emploi du temps de la personne interviewée.

Cela lui permettait de se sentir dans un environnement familier, rassurant et ainsi de laisser libre cours à l'expression de ses idées en toute quiétude. De plus, elle pouvait se projeter dans son contexte pour répondre aux différentes questions.

Les entretiens ont été réalisés à partir d'un téléphone portable (Samsung Galaxy S7 edge) dont les conversations ont été enregistrées à l'aide d'une application mobile pour Android « Black Box », après information et obtention de l'accord de chaque participant.

❖ **Support de l'évaluation à 6 mois.**

Nous avons réalisé un questionnaire pour obtenir **l'avis des participants** à distance de cette expérience et évaluer **leur statut tabagique**, afin d'avoir une évaluation objective, quantitative de l'efficacité de la prise en charge.

Le questionnaire était précédé d'une phrase d'introduction sur le sujet de la thèse : *« Je vous remercie de prendre le temps de me répondre. Comme vous le savez, je travaille ma thèse sur l'expérience de sevrage du tabac en groupe que nous avons vécu tous ensemble. Nous aimerions reproduire cette accompagnement à l'occasion du Moi(s) Sans Tabac prochain, voire éventuellement de façon plus pérenne. Si vous en êtes d'accord, j'aimerais faire un petit point avec vous, afin d'obtenir votre point de vue et mettre en lumière les éléments à modifier le cas échéant. Cela ne prendra qu'une quinzaine de minutes. Je tiens également à vous préciser que les données seront anonymisées lors de la retranscription écrite, et que la confidentialité de vos propos sera assurée ».*

Support d'évaluation à 6 mois de l'expérience.

❖ Evolution du statut tabagique.

- Où en êtes-vous dans votre démarche d'arrêt ?
 - Si sevrage total : Depuis combien de temps ?
 - Si tabagisme toujours en cours :
 - Avez-vous repris après une période de sevrage ? Si oui, votre consommation est-elle plus / identique/ moins importante qu'avant l'expérience ?
 - Avez-vous poursuivi sans période de sevrage ? Si oui, votre consommation est-elle plus / identique/ moins importante qu'avant l'expérience ?
 - Pensez-vous retenter un arrêt du tabac ?

❖ Avis sur la prise en charge collective.

- Que pensez-vous du principe de prise en charge en groupe ?
- Que pensez-vous du coaching téléphonique ?
- Que pensez-vous de l'organisation des groupes ? (Par exemple, le suivi hebdomadaire était-il suffisant ? La durée de l'expérience était-elle suffisante ou auriez-vous préféré davantage de séances ?)
- Qu'est-ce qui a été déterminant/ porteur pour vous dans cette prise en charge collective ?
- Qu'avez-vous appris d'utile sur l'arrêt du tabac pendant les séances ?

❖ Avis sur le partenariat avec les professionnels de santé de ville.

- Comment votre médecin traitant s'est-il positionné dans cette expérience ?
- Que pensez-vous de la possibilité donnée à tout professionnel de santé de prescrire les patchs (pour obtenir leur remboursement) ?
 - Si avis favorable, pourquoi n'êtes-vous pas allé voir un autre professionnel de santé plutôt que votre médecin traitant
- Que pensez-vous de ce partenariat/ cheminement entre les séances collectives et le médecin traitant ?
 - Si avis favorable, quels éléments vous paraissent contributifs ?
 - Si avis défavorable, quels en sont selon vous les freins ? Quels pourraient être les facteurs d'amélioration ?

❖ Conclusion.

- Recommanderiez-vous cette expérience à des proches fumeurs ?
- Avez-vous encore des questionnements ?

III.5 Analyse des données.

Le verbatim a été retranscrit mot à mot, à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2016. Le discours des participants a été recopié à l'identique, laissant place aux formes syntaxiques et grammaticales du discours parlé. Ceci garantissait un matériel à analyser d'une grande authenticité, complexe et nuancé, et limitait l'effet réducteur provoqué par la transformation du langage oral en un texte écrit.

L'analyse du verbatim s'est faite sans l'aide de logiciels, après s'être assuré que leur utilisation n'était pas indispensable (Cf. partie « discussion »).

Pour procéder à une analyse manuelle, chaque questionnaire a été relu à plusieurs reprises, afin d'identifier les idées principales qui s'en dégagent.

Pour chaque question, toutes les réponses des participants étaient « copiées-collées ». Ensuite, un tri dans les multiples réponses obtenues a été fait, afin de mettre en avant les concepts qui se dessinaient.

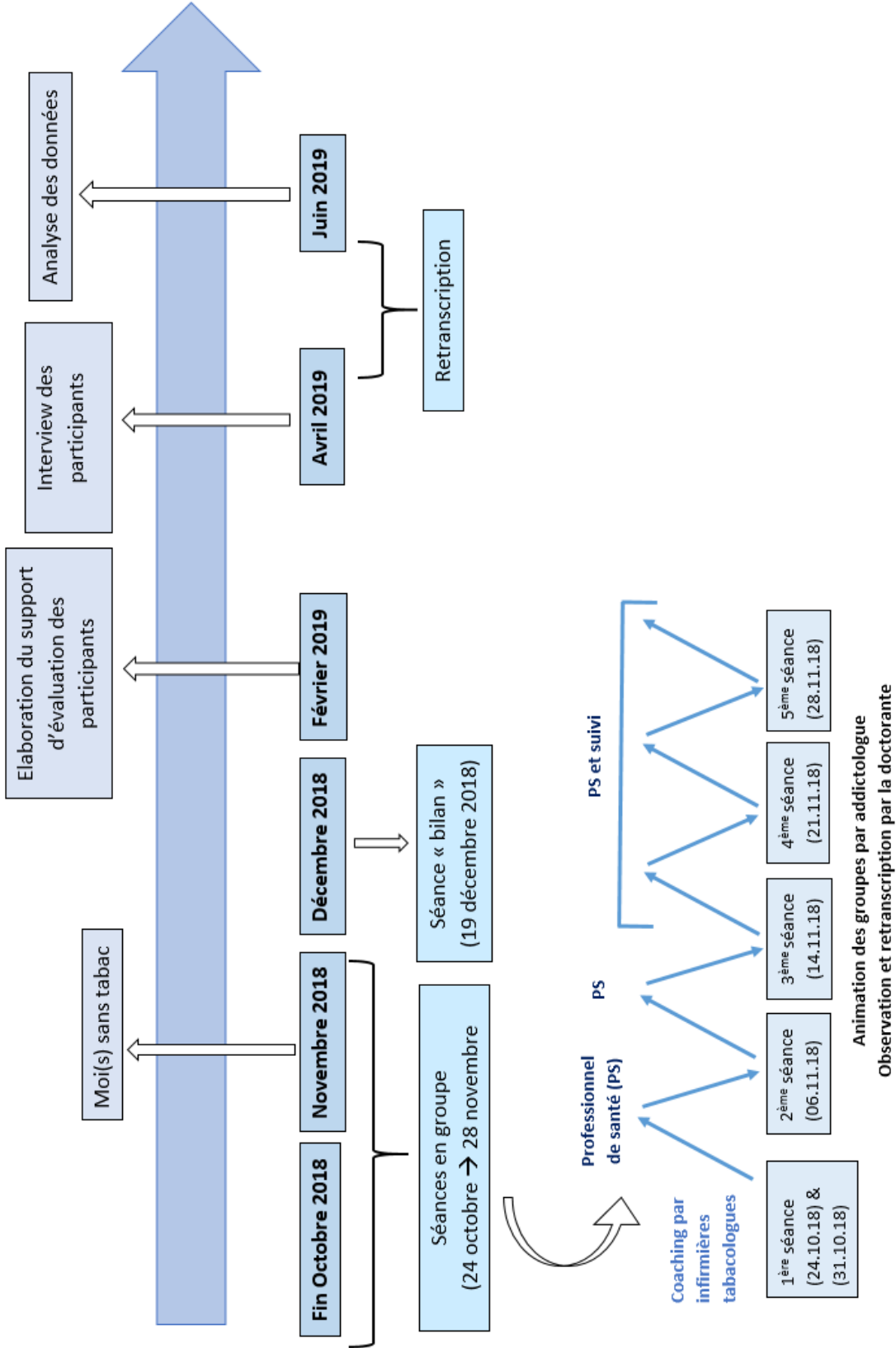
Une fois les grands thèmes identifiés, des verbatim ont été cités en exemple pour illustrer les propos.

III.6 Cadre éthique.

Notre essai est hors champ de la loi Jardé, et ne nécessite donc pas de déclaration au Comité de Protection des Personnes (CPP), mais plutôt d'une déclaration MR004 à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (*Annexe 7*).

L'accord pour réaliser cette étude a été obtenu oralement auprès de l'ensemble des participants présents lors des groupes. L'anonymat des sujets a été garanti par l'attribution de numéros correspondants.

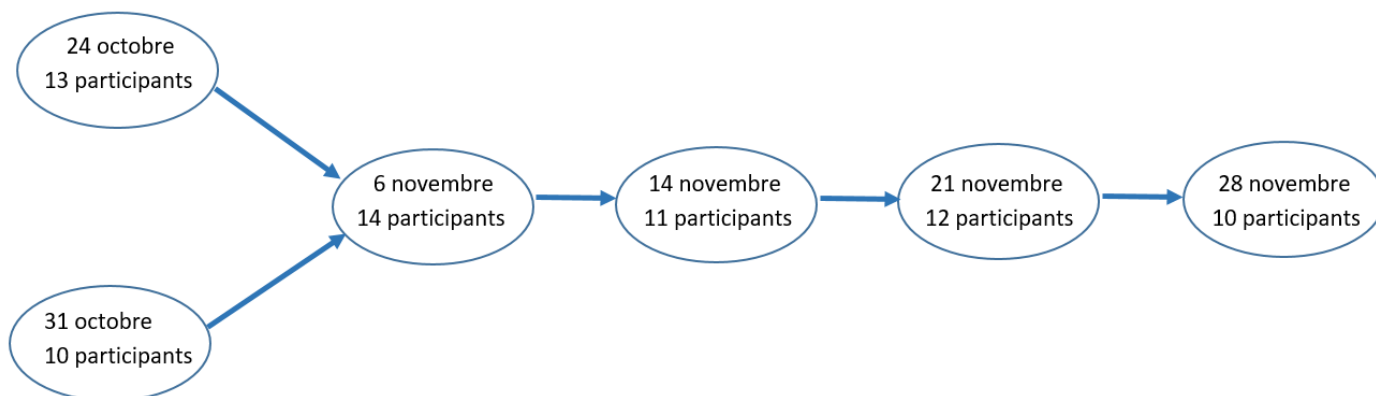
III.7 Chronologie de l'expérience.



IV. Déroulement des séances de groupe.

L'expérience s'est déroulée selon le schéma suivant :

La première réunion a concerné deux groupes de participants. Puis, compte tenu des défections prévisibles, il a été décidé de fusionner les deux groupes pour les réunions suivantes, afin de maintenir une dynamique collective.



VI.1 La première séance, les 24 et 31 octobre.

❖ Expériences et questionnements.

Un tour de table préalable a permis à chaque participant de se présenter au groupe.

Ils ont ainsi fait part de leurs motivations (la santé souvent, mais aussi la famille, le refus de la dépendance, le coût du tabac...), ainsi que de leurs expériences antérieures d'arrêt et de leurs difficultés.

Ce recueil a permis à chacun de se rendre compte qu'il n'était pas isolé dans ses problématiques : rechute rapide, dosage insuffisant des patchs, intolérance au vapotage, effets secondaires des traitements, gestion seul de sa démarche, difficultés pour obtenir un rendez-vous, phobie des médecins...

L'addictologue (Dr Lajzerowicz) a commenté chaque problématique en y apportant **des éléments rassurants**, puis a sollicité toutes les questions qu'ils pouvaient se poser. Ces dernières étaient multiples, par exemple :

« Pourquoi sommes-nous esclaves des cigarettes ? » Comment arrêter sans grossir ? Est-ce que la vie sera toujours aussi plaisante, drôle, sans tabac ? Que faire à la place de fumer, pendant le temps libre gagné ? Qu'est-ce que le Champix® ? Quelles en sont les modalités de traitement ? La cigarette électronique crée-t-elle une dépendance ? ».

Après avoir apporté les clarifications utiles pour y répondre, **l'objectif général de l'accompagnement proposé** a été formulé par l'addictologue : il s'agit d'une 1^{ère} expérience d'accompagnement collectif, en lien avec des prescripteurs libéraux. Le but est de tenter avec les participants une co-construction, tenant compte de leurs vécus et commentaires. Ceux-ci sont donc de véritables partenaires dans cette expérimentation.

❖ Transmission des concepts-clé en addictologie.

Un support diaporama court a permis d'exposer les concepts de base de l'addiction, l'impact psychique du tabac, la notion d'ambivalence, les aides thérapeutiques et leur maniement, la cinétique progressive du sevrage. En voici son contenu :

Diaporama de la première séance.

Mois sans tabac | Hôpital Bouscat | **CHU** Hôpital de Bordeaux

GROUPES «SANS DELAIS » Mois sans tabac
1ère séance: deux groupes 24 et 31 octobre



Le défi collectif

Vos expériences ?
Quelques infos
Organisation du parcours
Qu'en pensez-vous ?

Séances: Dr N. Lajzerowicz, addictologue Hôpital Suburbain du Bouscat
Coaching interséances: M. Dardillac et B. Valpromy, IDE tabacologues CHU de Bordeaux
Observation-Evaluation: M. Sprimont, doctorante

Mois sans tabac | Hôpital Bouscat | **CHU** Hôpital de Bordeaux

Système commun à toutes les addictions: Production de dopamine
Tabac, alcool, opiacés, benzodiazépines... troubles des conduites alimentaires, addiction au sucre, aux écrans, aux smart-phones, au travail, aux jeux, au sexe, au sport, au soleil...



L'addiction correspond à la perte de contrôle de l'usage d'objets de gratification

Le « craving » = signe fonctionnel caractéristique de l'addiction
= envie envahissante contraire à la volonté
= prédictif de la rechute

La rechute = signe objectif majeur de l'addiction
= retour involontaire à l'addiction
indépendant de la motivation du sujet

Le craving: marqueur diagnostique et pronostic des addictions
M. Auricombe, F. Serre, M. Fabas 2016

Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat

Mois sans tabac | Hôpital Bouscat | **CHU** Hôpital de Bordeaux

J'arrête ...



je continue...

L'ambivalence est habituelle !

Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat

Mois sans tabac | Hôpital Bouscat | **CHU** Hôpital de Bordeaux

Pourquoi l'arrêt du tabac est-il difficile ?

- Addiction la plus forte
- Voie inhalée: plus rapide et plus forte que la voie intraveineuse
- Addiction à d'autres substances (anti-dépresseurs de la fumée)
- Dualité d'effet du tabac ++

Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat

Mois sans tabac | Hôpital Bouscat | **CHU** Hôpital de Bordeaux

Actions doubles sur le psychisme :

Dépression ... et anti-dépresseurs

Anxiété ... et relaxation

Fatigue ... et concentration

Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat

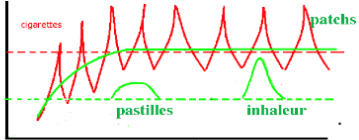
Mois sans tabac | Hôpital Bouscat | **CHU** Hôpital de Bordeaux

Les substituts nicotiques

Pas de dépendance avec les patches
!
Pas d'effet renforçant lui-même : pas d'euphorie
Courbe d'effet plane : pas de risques

Dose suffisante

Réduire l'effet renforçant du tabac
Réduire les pulsions (craving)



Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat



Diaporama de la première séance (suite).

Connaitre les substituts pris en charge:
Patches
Nicorette skin 10, 15, 25 mg/16h,
Nicopatch 7, 14, 21 mg/24h
Niquitin 7, 14, 21 mg/24h

(Boites de 7 ou 28).

Substituts oraux:
 Pastilles sublinguales **Nicopass**, **Niquitin**, et **Gommes EG**

Connaitre les professionnels prescripteurs:
 médecins, sages-femmes, infirmières, kinés, dentistes, médecins du travail

Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat 7

Comment commence-t-on les patchs ?

On débute avec un équivalent 1 cigarette = 1 mg
1 paquet = 1 patch 21 mg/24h
 ± substituts oraux (jusqu'à 30 pastilles/j)

Cigarettes roulées, cigares : dosage majoré

Préférer les formes sur 16h = jour
 Si délai réveil/1^{ère} cigarette > 30 mn, (après petit-déjeuner)

Femmes enceintes (sauf si tabac dès le réveil)
 .. et si troubles du sommeil



Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat 8

Quelques points importants


Arrêt brutal ou progressif ?
 Selon votre souhait ! on peut continuer à fumer « sur le patch »

Quelles sont les doses ?
 On augmente les doses jusqu'à contrôler les pulsions (craving), association des formes.

Comment gérer le craving ?
 Thérapie comportementale et développer activités plaisantes

Quelle durée de traitement ?
 On maintient un traitement au long cours, au minimum 3 à 6 mois

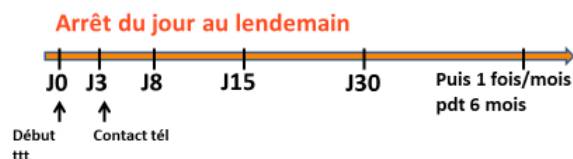
Conseil sur l'entourage :
 Impliquer le conjoint fumeur



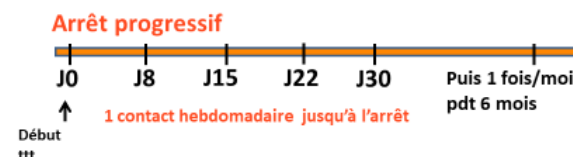
Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat 9

Quel accompagnement ?

Arrêt du jour au lendemain



Arrêt progressif



Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat 10

La E-cig est-elle moins dangereuse que le tabac ?

Pas de combustion =

- Pas de monoxyde de carbone : peu d'impact cardio-vasculaire
- Goudrons absents : pas d'impact cancérogène

Mais :
 attention au voltage maximal : production de toxiques !

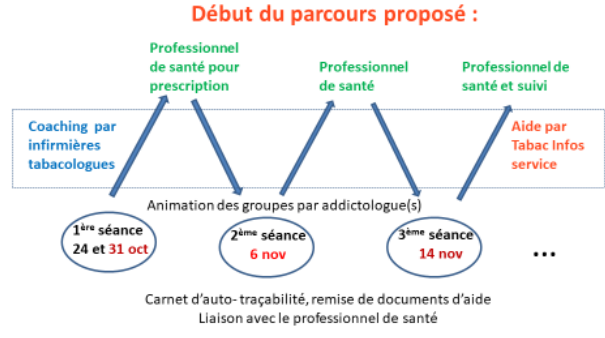


Le « vapo-tabagisme » doit être évité: le nombre d'années d'exposition au tabac est plus délétère que la quantité fumée par jour



Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat 11

Début du parcours proposé :



Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat 12

❖ Réponses aux demandes d'informations pratiques.

Des explications complémentaires ont été apportées sur les symptômes de sevrage restés mal compris lors de tentatives précédentes, les attitudes vis-à-vis des pressions de l'entourage, les modalités de réduction progressive, le délai après le sevrage pour parvenir à l'équilibre. L'ensemble du groupe était très **en demande d'informations pratiques** sur les traitements substitutifs, leur association entre eux ou avec d'autres thérapeutiques, leur dosage, les effets indésirables, les remboursements.

La notion de **maladie addictive**, qui paraissait inquiétante à certains, a été précisée, avec des notions sur la plasticité cérébrale. Des questions ont aussi été formulées sur le vapotage.

Le **lien avec les prescripteurs** a été abordé par les participants : était-il en mesure de répondre à la demande ?

❖ Explicitation du parcours.

- Dr L : « *Nous nous verrons une fois par semaine pendant tout le mois de novembre. Nous vous proposons de **consulter votre professionnel de santé** pour la prescription des substituts nicotiniques, de revenir chez nous dans une semaine et ensuite de retourner voir votre professionnel de santé, pour la prescription, et/ou pour l'accompagnement. Il peut s'agir du médecin généraliste, d'une infirmière, d'un kinésithérapeute, de votre dentiste, du médecin ou infirmière du travail interne à l'entreprise où vous travaillez.*

S'il y a une séance de groupe à laquelle vous ne pourrez pas assister, il est important de consulter votre professionnel de santé, pour maintenir idéalement un contact par semaine.

Le suivi devrait continuer idéalement au moins 1 fois par mois pendant 6 mois, auprès du professionnel choisi ».

Il a été également proposé à chacun de participer à un « coaching téléphonique » en inter-séances, par une infirmière tabacologue, pour faire le point sur leur consommation, les encourager, et répondre à leurs questions.

L'objectif de la première inter-séance à venir a paru à la fois surprendre le groupe et être accueilli favorablement :

- Dr L : « *Débuter le support thérapeutique par patchs, et **observer simplement ce qu'il se passe**, ne pas faire d'efforts ni chercher à modifier sa consommation d'ici la prochaine fois. On refera le point dans une semaine, où vous sera remis un support d'auto-observation et des astuces pour limiter le craving. Le but est de progresser le plus tranquillement/confortablement possible ».*

IV.2 La deuxième séance, le 6 novembre.

❖ Le retour d'expérience des participants.

- Les premiers retours d'expériences relataient la **progression de chacun**, et montraient des **éléments déclencheurs, des changements de perception** et de point de vue. S'amorçaient déjà certains leviers exprimés : La déculpabilisation, la prise de conscience des automatismes, l'impact psychique du tabac...

- **Les symptômes de sevrage** potentiels ont été clarifiés par l'addictologue, en réponse aux demandes. Toux, ralentissement du transit, douleurs abdominales, troubles du sommeil, céphalées, fatigue, troubles de l'humeur etc. ont été explicités sur le plan physiopathologique.
- De **nombreux questionnements** persistaient, notamment sur l'utilisation des substituts (durée, dosages, tabagisme concomitant) :
Les réponses à toutes ces questions rassuraient visiblement les participants (absence de risques d'augmenter progressivement les dosages de substituts, possibilité de poser plusieurs patches en même temps, possibilité de fumer sur les patches, absence de dépendance ou d'accoutumance aux patches etc.).

❖ Le lien avec les prescripteurs libéraux.

- Les échanges spontanés ont en premier lieu porté sur les prescripteurs libéraux, médecins généralistes et autres professionnels de santé, leur motivation, leur place dans la démarche.

❖ La mise en œuvre de la thérapie cognitivo-comportementale.

- **Les conseils pratiques** ont été présentés en doublant l'exposé oral d'un **second support diaporama**, dont le contenu se trouve ci-dessous.
Chaque proposition a laissé la place à l'appropriation et aux commentaires des participants sur leur propre expérience.
- **Remise du carnet de traçabilité** des consommations et du craving (*Figure 11*) :
L'addictologue l'a présenté comme un outil stratégique de gestion du craving. Cette traçabilité permet de prendre conscience des consommations, de leur impériosité ou non, de leur effet renforçant ou non, et de visualiser l'évolution de la consommation tabagique par la personne elle-même.

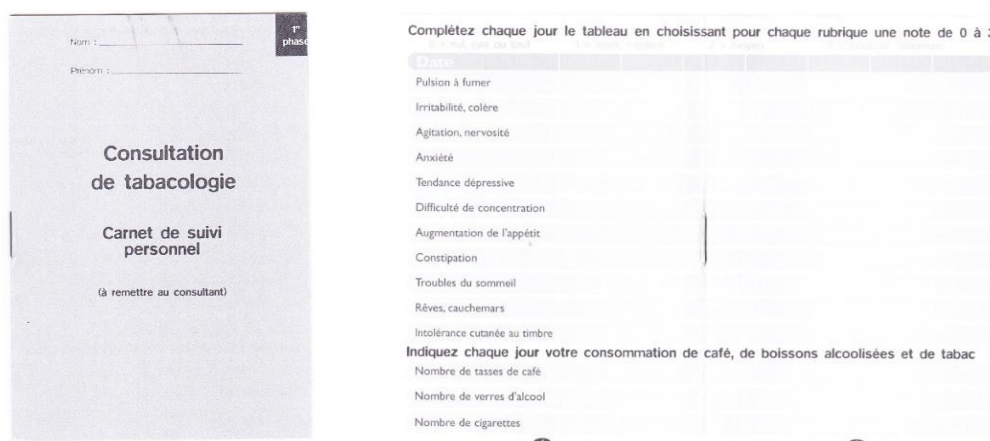


Figure 11 : Carnet de traçabilité.

Diaporama de la seconde séance.



GROUPES «SANS DELAIS » 2^{ème} séance



Le défi collectif

Vos expériences du début de parcours ?

La thérapie comportementale

Gérer le sevrage

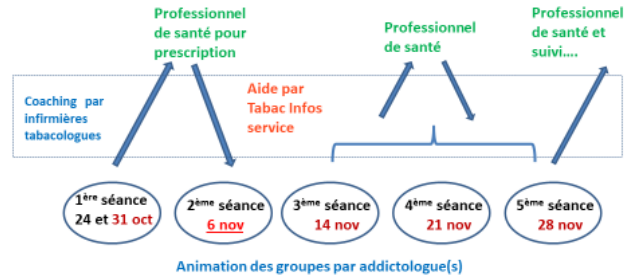
Maintenir le poids

Animation des séances: Dr N. Lajzerowicz,
Coaching infirmier interséances : M. Dardillac, B. Valpromy. Observation: M. Sprimont

1



Rappel du parcours proposé :



Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat

2



Eléments de thérapie comportementale

- « Conscientiser » les prises (carnet)
- Actions anti-craving
 - eau, respirations, changer d'occupations,
 - Accepter la pulsion...et différer
 - Arrêt café quelques jours
- Décider de quitter le tabac : poser une date
- Changer les habitudes



Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat

3



Quelques symptômes de sevrage

- Sensation de manque
 - Toux, infection bronchique ou ORL
 - Ralentissement du transit (1^{er} mois)
 - Troubles du sommeil, nervosité
 - Fatigue passagère
 - « Creux de vague »
- Revoir le professionnel prescripteur / médecin traitant
- Médecin traitant
Traitement si nécessaire

Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat

4



Et la prise de poids ?

Ralentissement du transit
+
Modification de la flore intestinale

Limiter le craving
Anticiper les hypoglycémies
Modification favorable du goût
Dynamisme renforcé

Moyens d'aide



Dr N. L. Hôpital Suburbain du Bouscat

5



Echanges entre participants:

C'est à vous !



6

IV.3 La troisième séance, le 14 novembre.

❖ Retour d'expérience des participants.

- De **nombreux points positifs** du parcours ont été exprimés :
Réduction de consommation, bénéfices physiques ressentis, satisfaction du médecin traitant...
- Mais **certaines difficultés** ont aussi pu émerger :
Craving difficilement maîtrisable, gestion des moments de pause, entourage intrusif, évolution de consommation jugée trop lente...
- **L'addictologue a rassuré** le groupe.
- Dr L : « Pour remettre les choses en perspective, **chaque cas est différent**. Il est normal que les uns n'éprouvent pas ce que disent les autres. Certains vont avoir une diminution de consommation très lente et d'autres plus rapide [...] Ce n'est pas parce que pour certains cela se passe différemment que c'est « moins bien ». On est dans une construction, dans un parcours personnel ».
- Les **questionnements** ont été favorisés, et les réponses collectives sollicitées : sur le maniement des substituts, sur la gestion du craving etc.
- La **persistance des idées reçues** a été travaillée. Par exemple, « la culpabilité de fumer sur des patches ».
- Les **premières actions** des participants ont pu être exprimées : changement d'habitudes, gestion de l'ennui...

❖ La gestion du craving.

- L'utilisation du **carnet d'auto-suivi**.
De nombreux intérêts ont été exprimés par les participants, parmi lesquels :
L'objectivation des consommations de tabac « Quand j'ai noté mes 18 cigarettes, j'ai pris acte. Cela a l'air de rien mais j'ai pris acte », **l'observation du craving** : *Le fait de voir que mes pulsions à fumer ne sont pas si nombreuses (2 par jour en moyenne) me motive ».*
Le groupe a formulé les nombreux moyens mis en place pour **limiter le craving** : boissons, occupations, activité physique, éloignement du paquet, dépenses-plaisir, prendre du temps pour soi...
- La **mise en exergue de l'ambivalence**.
Les participants ont particulièrement exprimé leur **prise de conscience de l'ambivalence**, qui avait été exposée par l'addictologue lors de la séance précédente.
« En effet, on retrouve votre idée de double personnalité, c'est ambivalent ». « Quand je souhaite fumer, je me demande « est-ce que tu en as vraiment besoin ? ». « Je voudrais que mon entourage me laisse tranquille, c'est moi et moi ! ». « Au moment d'une pulsion, je me dis non, tu ne m'auras pas, n'essayes même pas ».

L'addictologue a commenté à plusieurs reprises cette notion fondamentale :

- Dr L : « *C'est très important de **nommer cette ambivalence**, de l'identifier et d'avoir bien conscience qu'il y a deux personnes en soi au moment où l'on essaye de quitter une addiction (ou à modifier un comportement).*

*Le carnet vous permet de **considérer la problématique**, de l'observer, de rendre visible ce dont on n'avait pas conscience, il vous accompagne dans le cheminement, la négociation entre vous et vous jusqu'à l'arrêt ».*

- Ont été également discutées en groupe les notions du besoin réel versus l'envie réflexe, et les concepts de **mémorisation des émotions** et de leur soulagement par la consommation.

❖ **L'interaction avec le médecin généraliste.**

« Si nous avons les diapos, nous pourrions les montrer à nos proches et à nos médecins traitants, montrer cette ambivalence des deux soi. Cela me plairait de lui apprendre des choses ».

« Les médecins traitant posent beaucoup de questions. Ils s'intéressent au projet ». « Je lui ai expliqué le déroulement des groupes et ensuite j'ai rapporté ce que vous nous aviez dit lors de la première réunion. J'ai expliqué tout l'impact sur le psychisme. Mon médecin m'a alors dit qu'elle trouvait ça très intéressant, et je lui ai répondu de venir avec moi aux réunions ! ».

IV.4 La quatrième séance, le 21 novembre.

❖ **Retour d'expérience des participants.**

- Ils décrivent **le bilan de leur consommation** : 5 d'entre eux ont déjà totalement arrêté de fumer (dont 4 avec les substituts nicotiques, le dernier avec l'apport de l'hypnose), les autres ont le plus souvent réduit sous patchs.
- ... Leur **gestion pratique des pulsions** par l'apport de moyens et modifications d'habitudes, par la « conscientisation » des consommations...
- ... Et leur **vécu émotionnel** : moins de frustration, plus de sérénité, la satisfaction, le sentiment de liberté...et la nostalgie encore présente...
- De nombreux apports ont à nouveau été exprimés par le groupe, notamment sur les échanges enrichissants entre les participants, et les informations apportées en réponses aux questions posées. Nous les analyserons dans la partie « perceptions des participants ».
- Puis l'addictologue a lancé des échanges sur la notion exprimée de **nostalgie, et sa justification**. **Le risque de rechute** a également été abordé et dédramatisé : « *Le but n'est pas forcément l'arrêt définitif, mais d'avoir des périodes d'abstinence les plus longues possibles [...] Il faut se déculpabiliser sur l'éventualité d'une rechute, car sinon, quand/si elle arrive c'est une tragédie. Oui la rechute est possible, et alors ? Cela peut faire partie du parcours et vous remonterez en selle pour reprendre la démarche ».*

Les participants ont été très impactés par ce positionnement.

❖ Les questionnements complémentaires.

Voici les principales questions posées à nouveau par le groupe : Doit-on garder ou non un paquet à la maison ? Comment gérer la proximité de l'entourage fumeur (conjoint ou amis) ? Comment augmenter le dosage des patchs ? Quelle durée du traitement substitutif est à prévoir ? A quel moment faire le « saut » de débiter l'arrêt ? Quels peuvent être les apports de la phytothérapie ? Comment gérer les compensations alimentaires, et jusqu'à quel point modifier son mode de fonctionnement ? L'addictologue a répondu avec précision à chacune des interrogations.

❖ Débat sur l'articulation avec le professionnel de santé.

- Dr L : « *L'aspect novateur de ce groupe repose sur le fait de **mettre en lien les patients avec les professionnels de santé** pour la prescription des patchs, c'est cette articulation entre un accompagnement de groupe et la prescription par exemple par son médecin qui est intéressante à évaluer* ».

- Des participants semblent **mitigés sur l'apport de ce partenariat**.

Certains regrettent la durée brève des consultations libérales, d'autres le caractère standardisé des prescriptions, ou encore le manque d'information apportées sur le maniement des traitements :

« Il n'y a pas d'ajustement en fonction de ce que l'on ressent, il n'y a aucun accompagnement du médecin traitant. Tout ce qu'on sait actuellement, on l'a appris grâce au groupe et non par le médecin traitant, encore moins le dentiste ou le kiné. Pour moi, ils sont mal formés ».

- D'autres relatent **un véritable intérêt de la part de leur médecin** :

« Il y a vraiment un désir d'information de la part des médecins traitants » et annoncent : *« J'ai expliqué le principe de l'expérience à mon médecin qui a été très intéressé, a cherché à se renseigner. J'ai tenté de lui expliquer certaines choses, par exemple les effets secondaires du sevrage [...] que la nicotine accélérât le transit, donc le sevrage pouvait provoquer de la constipation ».*

- Dr L : « *La plupart des médecins sont formés à gérer les patchs, car cela existe depuis presque trente ans maintenant. Mais vous représentez les **partenaires de votre médecin**, car la démarche c'est vous qui la faites. L'addiction est une problématique particulière qui nécessite **d'être actif**, dans un partenariat avec son soignant. Le médecin vous conseille, mais vous, vous apportez votre vécu, votre ressenti, votre feedback* ».

IV.5 La cinquième séance, le 28 novembre.

Lors de cette séance, était convié le Pr Philippe Castera, médecin coordonnateur du réseau addictions Gironde-Aquitaine (AGIR 33). Il a confirmé l'intérêt de cette expérimentation : « *Des groupes de paroles d'arrêt du tabac ont déjà été tentés mais soldés par un échec, en partie car les patients des groupes n'avaient pas de suivi, et parce que la personne qui animait le groupe de parole n'était pas formée. L'expérience en cours permettra de définir un cadre, une façon de procéder pour savoir ce qui fonctionne et ne fonctionne pas. Le but étant d'aider le plus grand nombre de patients car il y a de plus en plus de fumeurs en demande d'aide, et très peu de tabacologues.*

Donc l'idée est d'assurer un suivi de qualité en plus de ce que pourrait faire le médecin traitant, qui sera surtout présent pour la prescription, et un peu d'accompagnement mais pas avec autant d'expertise qu'un tabacologue ».

❖ Retour d'expérience des sujets sur leur parcours.

- Des retours très **positifs** ont été exprimés, notamment sur la fierté ressentie, personnelle et vis-à-vis des proches.
- Le lien avec les professionnels de santé a, à nouveau été abordé : le contentement du médecin, le positionnement du patient comme vecteur d'information, le manque d'information des pharmaciens sur le maniement des patchs...
- Des inquiétudes ont cependant été énoncées sur le suivi à l'issue du Moi(s) Sans Tabac.

❖ Les questionnements supplémentaires des participants.

Quels sont les bénéfices/inconvénients de la **cigarette électronique** ?

Sa moindre dangerosité que le tabac a été commenté par les 2 addictologues présents (Dr Lajzerowicz et Pr Castera), mais également son efficacité mitigée, du fait de son caractère non addictolytique.

Certains ont demandé des précisions sur la gestion d'un terrain dépressif préexistant, lors du sevrage. Des explications et conseils ont été délivrés.

❖ Le suivi à l'issue du Moi(s) Sans Tabac.

L'addictologue a de nouveau insisté sur l'importance du partenariat avec le soignant choisi, à la fois pour l'ajustement des patchs, l'accompagnement, en insistant bien sur l'importance de garder un lien régulier avec celui-ci. Une séance supplémentaire collective a été demandée par le groupe et envisagée 15 jours plus tard, mais n'a pas pu être réalisée par indisponibilité de l'intervenante.

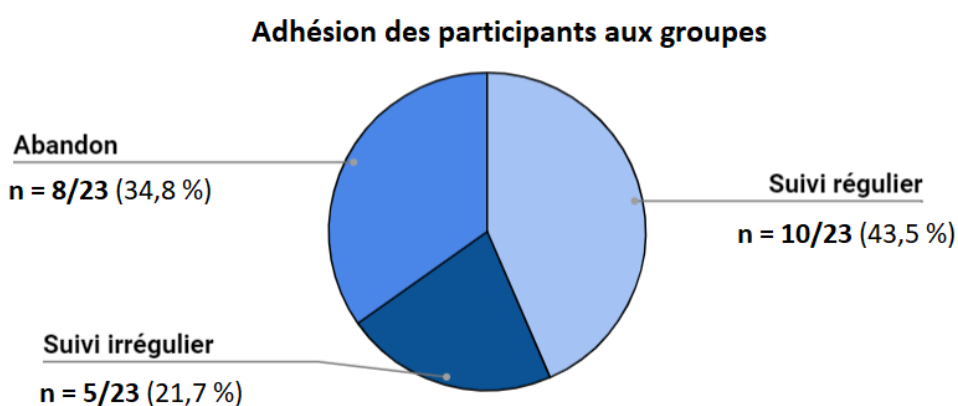
V. Résultats.

V.1 Les participants.

V.1.1 Nombre de sujets inclus.

Lors de la première séance, on comptait 23 participants (13 pour le premier groupe du 24 octobre et 10 pour celui du 31 octobre).

Sur ces 23 sujets initiaux, 8 ont quitté les groupes à la suite de la première séance. Parmi les 15 personnes revues, 5 ont eu un suivi irrégulier (en assistant au maximum à 3 réunions sur 5) et 10 ont eu un suivi régulier (au moins 4 réunions sur 5).



V.1.2 Caractéristiques des participants.

Les *annexes 5a et 5b* présentent les tableaux résumant les principales caractéristiques des participants. Pour respecter l'anonymat de chacun, ils sont **nommés de P1 à P15**.

Notre évaluation concerne les 15 personnes ayant assisté aux groupes (de façon régulière ou irrégulière) et ayant accepté de répondre aux entretiens à distance de l'expérience.

Ces tableaux montrent qu'on retrouve une bonne diversité de nos participants, en termes d'âges, de profession, de sexe.

- **Âge.**

La moyenne d'âge des sujets de cette expérience était de **50,3 ans** (52,1 ans pour le sous-groupe au suivi régulier, et de 46,8 ans pour le sous-groupe au suivi irrégulier).

- **Sexe.**

Dans cette expérience, on comptait **8 femmes et 7 hommes**, soit une répartition équitable entre les sexes.

- **Consommation tabagique (en nombre de cigarettes/jour)**

La consommation moyenne pour nos sujets inclus était de **21 cigarettes par jour** (20 pour le sous-groupe régulier et 23 pour le sous-groupe irrégulier).

- **Antécédents de sevrage**

13 participants sur 15 avaient déjà vécu une expérience de sevrage. 9 personnes sur 10 dans le sous-groupe régulier, dont 2 avec l'aide de substituts nicotiques. 4 personnes sur 5 dans le sous-groupe irrégulier, dont 2 également avec l'aide de substituts nicotiques.

- **Choix du professionnel de santé**

12 participants sur 15 ont choisi leur médecin traitant comme prescripteur (8 sur 10 dans le sous-groupe régulier et 4 sur 5 dans le sous-groupe irrégulier). Parmi les 3 autres, un s'orientait vers un médecin spécialisé tabacologue et un autre vers un médecin psychiatre (suivi régulier). Une personne s'orientait vers un hypnothérapeute (suivi irrégulier).

- **Perdus de vue**

Dans le sous-groupe des perdus de vue (n=8), on comptait 5 hommes et 3 femmes. La moyenne d'âge était de 45 ans. La consommation tabagique moyenne était de 18 cigarettes par jour.

Dans ce sous-groupe, 5 personnes sur 8 avaient prévu de consulter leur généraliste. 3 personnes avaient émis l'hypothèse de choisir un autre professionnel de santé (1 ayant choisi son kiné, 1 son dentiste, 1 une infirmière libérale).

V.2 Les principaux freins et leviers contributifs exprimés.

La triangulation des méthodes (séances de groupe et questionnaires téléphoniques) a fait émerger une très grande richesse de données, avec une quantité de verbatim très importante.

L'analyse présentée ci-dessous a été réduite volontairement à 3, voire 4 exemples de verbatim afin de faciliter la lecture des résultats. Mais rappelons que les expressions étaient plus nombreuses que celles exposées dans ce travail.

Les éléments notés (g) sont ceux issus des séances de groupe, ceux notés (e) sont ceux issus des entretiens téléphoniques à distance.

La durée des entretiens évoluait entre 4 et 19 minutes.

La durée moyenne des entretiens était de 11min 46s. La médiane était de 12min 39s.

V.2.1 La déculpabilisation ressentie.

L'élément phare rapporté, fut l'absence de jugement et **l'approche déculpabilisante** de l'addictologue lors des séances.

- P4 (g) : « *C'est la première fois qu'on entend un discours pareil, et c'est sain. On est des humains, et non des machines, donc on peut craquer* » [...] « *Je suis persuadée que tant que nous sommes dans la culpabilité, ça ne peut pas fonctionner. Car du coup on n'est pas valorisés* ».

- P5 (g) : « *On n'a pas choisi d'être fumeurs. Ça fait du bien à entendre* ».

- P6 (g) : « *En fait cette réunion est très rassurante. [...] On est tellement jugés quand on fume, que je m'attendais à m'en prendre plein la tête* ».

- P7 (e) : « *Surtout cette empathie, ce non jugement [...] Pour moi, par rapport à ce que j'ai pu connaître, c'est vraiment un nouveau discours, avec ce côté déculpabilisateur* ».

- P8 (e) : « *Aussi le discours qui était différent par rapport à ce que j'avais l'habitude d'entendre, le côté déculpabilisant* ».

Ils n'étaient pas habitués à cette attitude dans leur entourage non-fumeur.

- P4 (g) : « *Cela faisait environ 2-3 ans que je culpabilisais à chaque fois que je prenais une cigarette, car tout le monde m'incitait à arrêter de fumer* ».

-P8 (g) : « *Surtout si on est entourés de non-fumeurs, qui ne comprennent pas* ».

-P9 (g) : « *On est très vite stigmatisés. Et puis, il y a de moins en moins de fumeurs. Au départ quand j'ai débuté dans mon boulot on était quinze à descendre fumer, maintenant on est deux* ».

Certains participants ont même émis l'idée d'encourager leur entourage à assister aux réunions pour qu'ils entendent ce mode de communication.

- P6 (g) : *Ce qui serait bien avec ces réunions, c'est d'amener des membres de notre entourage. Car j'ai beaucoup de non-fumeurs autour de moi. [...] Ils me mettent une pression et j'aimerais qu'ils vous entendent.*

- P12 (g) : « *C'est un discours qu'il faudrait divulguer, notamment aux proches qui ne fument pas* ».

L'approche déculpabilisante et l'absence de jugement ont été définis comme essentiels. Cela a permis à chacun de s'exprimer librement, sans filtres et se décharger de ce sentiment de faute permanente d'être fumeur(euse), souvent corroboré par l'entourage.

V.2.2 Les informations reçues.

❖ Le concept d'addiction.

Les participants relatent avoir été aidés par les **explications données sur ce qu'était une addiction**.

- P7 (e) : « *Les renseignements sur l'addiction et ses mécanismes, avoir le détail de comment fonctionne une addiction, ça c'était très porteur et ça m'a vraiment aidé dans l'arrêt du tabac. Voilà, toutes ces données scientifiques, médicales m'ont parlé et m'ont aidé à prendre conscience de beaucoup de choses* ».

- P9 (e) : « *Tous les mécanismes de l'addiction en général* ».

Et notamment son **caractère indépendant de la volonté**.

- P2 (g) : « Et de nous dire que ce n'est pas une question de volonté ».

- P7 (g) : « On a entendu un discours, que ce soit par l'entourage, les médias ou même les professionnels de santé, disant que c'était une question de volonté. Il est ancré dans le psychisme ».

- P4 (e) : « Ce qui m'a beaucoup marqué aussi, c'est quand plusieurs fois elle nous a dit que s'arrêter de fumer, n'était pas un problème de volonté. Or, on entend tellement « avec un peu de volonté, tu vas y arriver » ».

❖ **L'impact psychique du tabac.**

Le fait de comprendre la physiopathologie du tabac et pourquoi il était à l'origine d'une telle dépendance.

- P6 (e) : « Il y a aussi eu le fait d'expliquer ce qu'est une cigarette, pourquoi on est accro... ».

- P11 (e) : « Je ne savais pas que la cigarette était la plus grosse drogue, en terme d'addiction. Je ne savais pas que la cigarette avait autant d'effets ».

- P12 (e) : « C'était important de comprendre et analyser ce que faisait le tabac sur notre corps et psychisme ».

Notamment la **dualité des effets du tabac** et le cercle vicieux engendré (dépression/anti-dépression, anxiété/relaxation et sommeil/insomnie).

- P9 (g) : « Je fume pour soigner un mal-être ou un état dépressif. Je pensais que le tabac m'aidait à être moins déprimé, c'est une béquille. Alors que là, vous nous expliquez le contraire ».

- P2 (e) : « Les explications sur le cercle vicieux du tabac. Cela m'a permis de me rendre compte de certaines choses ».

- P9 (e) : « Surtout la dualité des effets du tabac, et tout particulièrement son impact sur la dépression, ce qui est mon cas donc cela me concerne directement ».

❖ **Le maniement des traitements substitutifs.**

Beaucoup de participants ont été surpris d'apprendre qu'on pouvait poser plusieurs patchs en même temps ou fumer sous patchs.

- P4 (g) : « C'est super tout ce qu'on apprend ici car on est tellement dans la fausse information, notamment on m'avait dit que fumer sous patch était très mauvais au niveau cardiaque ».

- P6 (e) : « Le fait de fumer sur les patchs et de pouvoir en porter plusieurs. [...] C'est vrai qu'il y a un manque de connaissance car quand je disais que j'avais mis deux patchs pour pouvoir arrêter, tout le monde était choqué ».

- P13 (e) : « La chose essentielle est que j'ai appris qu'on pouvait fumer sur les patchs, et c'est comme ça que j'ai pu diminuer ».

Ces croyances étaient même **issues pour certains des professionnels de santé** qu'ils avaient rencontrés.

- P4 (g) : « Oui, et d'ailleurs le pharmacien aussi ! Il était très étonné que je double le patch, et m'a demandé à plusieurs reprises si j'étais sûre de moi ».

- P6 (g) : « A l'hôpital on m'a dit de ne surtout pas fumer sur les patchs ».

- P9 (g) : « Moi j'ai vu deux pharmaciens différents qui m'ont dit qu'il ne fallait surtout pas fumer avec le patch ».

❖ L'impact des informations fournies.

- Lié aux messages transmis.

- P5 (g) : « Vous avez eu des mots... C'est des images qui nous parlent, même si c'est inconscient ».

- P3 (e) : « Le fait de prévenir à l'avance des symptômes possibles, comme ça on est moins désarmés. On vit mieux les choses quand on connaît le danger ».

- P12 (e) : « Toutes ces explications étaient très importantes ».

- Lié au savoir-faire de l'addictologue.

Pour certains, la façon qu'avait l'addictologue d'animer les séances les avait marqués.

- P1 (e) : « Le Dr Lajzerowicz avait une manière de dire les choses qui était essentielle ».

- P2 (e) : « J'avais l'impression qu'elle arrivait à dire exactement ce que je ressentais mais que je n'arrivais pas à exprimer ».

- P4 (e) : « Elle est très percutante, dans le bon sens du terme ».

❖ Le concept d'ambivalence.

Cette notion, largement développée par l'addictologue, a fortement marqué les participants et a été une des plus commentée.

- P4 (g) : « Par moments, j'ai cette idée en tête de me dire « tu peux en fumer une, de toute façon tu as arrêté », et puis je me dis non, que cette parole, c'était celle du moi fumeur, qui tente encore d'affaiblir le moi non-fumeur ».

- P6 (g) : « Je voudrais qu'on me laisse tranquille, c'est moi et moi ! ».

- P4 (e) : « Le principe de dualité entre les deux soi. Cette image m'a marquée. Quand j'ai des pulsions d'envie, aussitôt je me dis « toi, tu te casses » ».

- P5 (e) : « Cette notion d'inconscient qui vient vous solliciter et d'apprendre à le gérer ».

Parmi les messages marquants retenus par les participants on retrouve :

Les concepts de l'addiction et son caractère indépendant de la volonté - La dualité des effets du tabac et son cercle vicieux (dépression/anti-dépression, anxiété/relaxation et sommeil/insomnie) – Le maniement des TNS (la possibilité de fumer sur les patchs et de poser plusieurs patchs en même temps).

Le contenu des séances a été à l'origine d'une prise de conscience forte, où les participants ont apprécié d'être considérés comme aptes à comprendre ces informations.

L'animation des groupes par une addictologue expérimentée, a pour de nombreux participants eu un rôle déterminant dans leur adhésion et/ou succès de leur démarche.

La notion d'ambivalence a permis de guider le participant dans ses prises de décisions, notamment lors des moments de doute.

V.2.3 L'effet groupe et le partage d'expérience.

❖ La création d'une dynamique...

- P12 (g) : « Le groupe crée une dynamique. [...] L'effet de groupe est bénéfique ».
- P5 (e) : « Je suis à fond persuadée de l'importance du groupe et du collectif ».
- P4 (e) : « Il y avait un effet dynamisant, motivant. [...] cela crée une bonne dynamique ».

... A l'origine d'une **possibilité de s'exprimer** sans craintes.

- P5 (e) : « Il y a une autre notion que je trouve intéressante dans le groupe, c'est qu'on se sente un peu moins jugée puisqu'on est dans le lot ».
- P13 (e) : « J'ai trouvé ça bien car c'était assez ouvert, tout le monde pouvait s'exprimer ».

... Le tout dans une **ambiance plaisante**.

- P1 (e) : « J'avais l'impression qu'on sympathisait tous ensemble ».
- P5 (e) : « Par contre, ne l'organisez pas plus quoi. Parce que c'est ce qui garde le côté naturel. Qu'on ne tombe pas dans le protocole médical non plus. Ce côté qui était plus « échange du café des commerces », et moi j'ai adoré ».
- P7 (e) : « Avec une équipe sympa ».

❖ Le partage d'expérience, les échanges.

La majorité des participants rapporte avoir tiré un **bénéfice de ces interactions**, et le cite en premier point positif de l'expérience.

- P3 (g) : « Pour moi, les échanges enrichissent l'expérience ».
- P7 (g) : « Les échanges, les expériences de chacun, la façon de gérer sont porteurs. Pour moi c'est un enrichissement ».
- P4 (e) : « Moi j'ai trouvé que c'était intéressant car justement il y avait des échanges et cela permettait de se situer par rapport aux autres ».

Certains expliquent avoir pu **apprendre des tentatives antérieures des autres** participants.

- P1 (e) : « C'est vrai que les problèmes des autres peuvent nous aider nous-mêmes où on se dit « ah bah tiens ce n'est pas con, pourquoi ne pas essayer de faire comme ça ? » [...] Je pense qu'on apprend beaucoup des autres ».
- P6 (e) : « J'ai trouvé ça enrichissant car chacun apporte son expérience, chacun apporte ses petits trucs et astuces pour limiter les pulsions ».
- P10 (e) : « Voir les petits trucs qu'eux font pour limiter le craving et essayer de se les adapter ».

De plus, ces échanges leurs ont permis de **se questionner sur des sujets auxquels ils n'avaient pas réfléchi** antérieurement.

- P3 (g) : « Pour moi le principe du groupe permet de soulever et répondre à certaines questions qu'on ne se serait pas forcément posé tout seul ».
- P3 (e) : « C'est plein d'expériences différentes, avec plein de sujets différents qui sont abordés. Des thèmes qu'on va rencontrer en individuel et pour lesquels on ne s'était pas forcément posé la question au départ ».

- P8 (e) : « On se pose des questions auxquelles on n'avait pas pensé ».

❖ **La prise de conscience que les difficultés rencontrées sont communes à tous.**

Le second point marquant évoqué par les sujets de l'étude est le **caractère commun des problématiques**.

- P3 (e) : « Le fait de se dire aussi que les gens rencontrent grosso modo à 70 ou 75% les mêmes difficultés ».

- P5 (e) : « Partager avec quelqu'un qui est comme nous quoi, qui galère ».

- P15 (e) : « Savoir que la difficulté est la même pour tout le monde ».

De plus, ils évoquent le fait de **s'être sentis moins seuls**.

- P5 (g) : « Grâce au groupe je me sens moins seule, je me dis « ah bah, lui aussi il pense ça ».

- P1 (e) : « On a toujours l'impression d'être tout seul à s'arrêter, or, on s'aperçoit que ce n'est pas vrai ».

- P6 (e) : « Lorsque la première réunion se termine on se dit « bon, je ne suis pas toute seule ».

Les éléments déterminants de cette prise en charge collective sont la création d'un « effet groupe », à l'origine d'une dynamique motivante, le tout dans une ambiance chaleureuse et solidaire. S'y associe les échanges, un partage d'expériences, et la prise de conscience par le participant qu'il n'est pas seul, et que les difficultés sont les mêmes pour tous.

V.2.4 L'utilisation des techniques comportementales.

Les participants ont été marqués par la notion de **thérapie comportementale** avec les conseils donnés pour gérer le craving.

- P2 (e) : « Vous expliquez bien comment changer ses habitudes. Vous nous avez montré qu'il ne suffit pas de poser le patch, et bien expliqué tout ce qu'il y a à faire autour ».

- P3 (e) : « Tous les conseils donnés ».

... Comprenant notamment les enjeux de l'utilisation du **carnet de traçabilité**.

- P4 (g) : « Quand j'ai noté mes 18 cigarettes, j'ai pris acte. Cela n'a l'air de rien mais j'ai pris acte ».

- P7 (g) : « J'ai commencé à utiliser le carnet, donc à faire cette démarche de conscientiser chaque prise ».

- P8 (g) : « Cela fait prendre conscience de la quantité de cigarettes, plutôt que d'être dans le vague. De voir effectivement qu'il existe un rapport avec le café ».

Les éléments de thérapie cognitivo-comportementale font partie des messages clés retenus par les participants. Au fur et à mesure de l'avancée des séances, ils ont expérimenté les conseils donnés par l'addictologue mais aussi développé leurs propres parades pour limiter le craving.

V.2.5 La progressivité positive de la démarche.

❖ Une méthode douce.

- P6 (e) : « Le discours du médecin qui vous laisse le temps d'arrêter, qui ne vous dit pas « demain vous posez votre paquet de cigarette, vous ne fumez plus... [...] il y a une tolérance par rapport au temps d'arrêt, on ne met pas le couteau sous la gorge ».
- P10 (e) : « Cela s'est fait sans pression ».
- P12 (e) : « Aussi, j'étais surpris par la manière douce d'arrêt par rapport à un sevrage brutal, de la proposition de prise en charge progressive ».

❖ Un réapprentissage.

- P7 (g) : « Quand je suis arrivée pour la première réunion, je souhaitais un sevrage brutal, puis j'ai changé d'avis [...] C'est important de s'écouter soi, de connaître son fonctionnement ».
- P3 (e) : « Consacrer du temps à mon arrêt. En fait, le fait de revenir, et revenir et revenir, dans la démarche je me dis j'investis du temps, ça me responsabilise ».
- P5 (e) : « Je pense qu'on doit réapprendre autre chose [...] Et ça ne peut se faire que dans le temps ».

❖ L'expérimentation rapide des effets positifs du sevrage.

Au fur et à mesure des séances, les patients ont au moins réussi à diminuer leur consommation. Ainsi, ils ont pu rapidement constater les effets bénéfiques du sevrage.

- P1 (g) : « Je me sens un peu mieux car je tousse moins, ce qui est déjà un avantage ».
- P5 (g) : « Les points positifs sont l'aspect financier, l'odorat, la redécouverte des sensations ».
- P7 (g) : « La journée, quand je suis au travail, je n'y pense pas, et cela est très bénéfique dans le sens où j'ai un sentiment de liberté important ».

❖ L'expression d'une grande satisfaction développée au fil des séances.

Certains participants ont réussi à se sevrer totalement de leur consommation de tabac, avant la fin des séances de groupe et ont pu témoigner ainsi aux autres de leur ressenti.

- P4 (g) : « C'est très positif quand on y arrive. Qu'est-ce qu'on est bien dans sa peau ».
« Bizarrement, alors que je pensais que ça allait être l'enfer, je me sens bien, je suis très contente de ne plus fumer et avec un sentiment de liberté ».
- P6 (g) : « Je suis ravie, car je ne fume plus du tout [...] Mais dans tous les cas, je suis assez fière de moi, car au début de l'expérience c'était inimaginable. J'avais la peur d'arrêter ».
- P7 (g) : « Trois, quatre jours après avoir débuté les patches, j'ai bien réduit ma consommation. Je suis très motivée, dans une optique positive ».

La proposition d'opter pour un sevrage progressif, dans l'idée de le vivre le plus sereinement possible a étonné mais conquis de nombreux participants. Le temps laissé au patient pour son sevrage lui a évité la pression supplémentaire d'un résultat à court terme.

Les séances itératives favorisaient l'investissement personnel. L'expérimentation rapide des effets positifs du sevrage, ou dans le meilleur des cas, la réussite de l'abstinence avant la fin des séances ont été à l'origine d'un renforcement de la motivation et d'une satisfaction exprimée.

V.2.6 Une organisation adaptée mais à prolonger.

❖ Une périodicité et un horaire adaptés...

L'**horaire du soir** était adapté pour permettre notamment aux actifs de venir après le travail.

- P2 (e) : « Pour moi c'était bien, et particulièrement l'horaire du soir ».

- P3 (e) : « L'horaire de 18h était très bien, par rapport au travail et de s'organiser. Avant ça aurait été bloquant ».

- P15 (e) : « Oui. Surtout le fait de se voir le soir, ce qui était pratique par rapport au travail et tout ça ».

L'ensemble des participants a estimé qu'il était bien de se retrouver **chaque semaine**.

- P1 (e) : « C'était très bien de se voir une fois par semaine ».

- P7 (e) : « Sur la cadence des réunions, à savoir hebdomadaires je trouve ça très bien, je n'ai rien à dire ».

- P10 (e) : « Je trouvais bien le fait de se voir une fois par semaine ».

❖ ... Mais un nombre de séances à accroître.

La grande majorité des participants (12 sur 15) a jugé la **durée de l'expérience trop courte**. En effet, la plupart aurait souhaité la poursuite des réunions, au moins pour quelques séances supplémentaires.

- P1 (e) : « En revanche je pense qu'il faudrait que les réunions durent plus longtemps. En ce qui me concerne j'ai regretté que ça ne continue pas ».

- P8 (e) : « J'aurais par contre aimé que ça dure plus longtemps, peut-être le double ? ».

- P10 (e) : « Pour la durée, j'aurais peut-être aimé une ou deux séance de plus ».

Certains ont regretté l'**absence de suivi au long cours** et craignent de ne pas être prêts à gérer la poursuite de leur sevrage après la fin des séances.

- P6 (g) : « Mais moi je sens que j'aurai besoin d'avoir un suivi, je sens que j'ai encore besoin d'être coachée, encadrée ».

- P4 (e) : « En revanche, j'aurais aimé qu'il y ait une réunion pendant quelques temps histoire de voir un peu l'évolution de chacun et être conforté dans ce qu'on applique pour ne pas rechuter ».

- P5 (e) : « Quand ça s'est arrêté, je n'avais pas le sentiment de me dire que j'étais une ancienne fumeuse. [...] Et j'avais encore des situations que je savais que je ne saurais pas gérer ».

La fréquence (hebdomadaire) et l'horaire des réunions (le soir) étaient adaptés.

En majorité, les participants ont trouvé la durée de l'expérience trop courte. La plupart aurait souhaité la poursuite des réunions pour quelques séances supplémentaires afin d'assurer un suivi qui limiterait les risques de rechutes.

V.3 Efficacité de la prise en charge.

V.3.1 Données quantitatives.

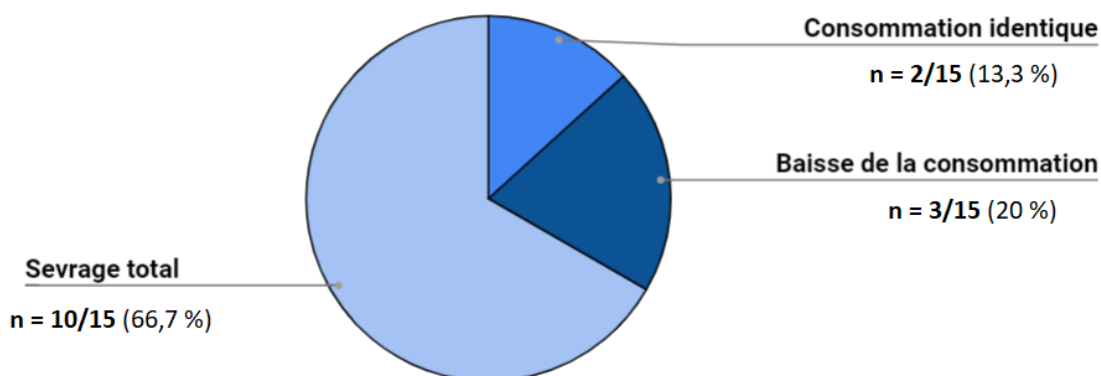
Le bilan de la consommation tabagique des participants montre que **10 personnes sur 15 étaient abstinentes à 6 mois, soit 66,7 %** (7 personnes sur 10 dans le sous-groupe régulier (70 %) et 3 sur 5 dans le sous-groupe irrégulier (60 %)).

On peut donc se demander si l'assiduité dans le suivi des séances a joué un rôle dans le sevrage obtenu.

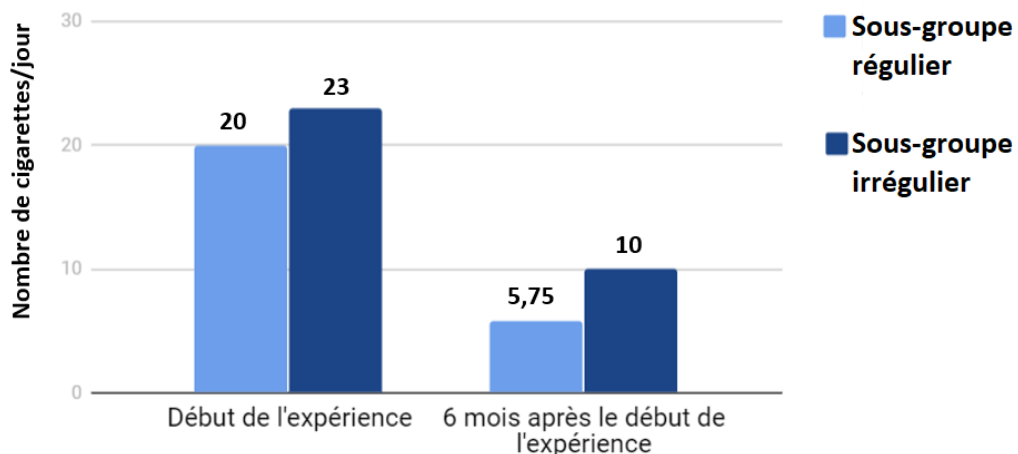
De plus, parmi les 10 sujets abstinents, sont inclus les 3 participants ayant choisi un autre prescripteur de patchs que leur médecin traitant.

Le choix d'un professionnel de santé autre que le médecin traitant n'a ici pas influencé les résultats. En ce qui concerne les autres participants, 3 personnes avaient diminué leur consommation (quelle que soit la baisse) et 2 personnes avaient gardé une consommation identique.

Consommation tabagique à 6 mois de l'expérience



Evolution de la consommation tabagique



Les tableaux ci-dessous résument la consommation tabagique à distance (6mois) du début de la démarche.

	Tabagisme initial ≤ 20 cig/j	Tabagisme initial > 20 cig/j	Total
Abstinentes	8	2	10
Non abstinents	0	5	5

	Sous-groupe au suivi régulier	Sous-groupe au suivi irrégulier	Total
Abstinentes	7	3	10
Non abstinents	3	2	5

V.3.2 Données qualitatives.

❖ Au total, une prise en charge collective au bilan nettement positif.

Certains rapportent avoir véritablement tiré une aide de cette expérience.

- P4 (g) : « Ce qui est sûr, c'est que ce qu'il s'est passé ici n'est pas anodin du tout. Je ne pense pas que mon sevrage aurait fonctionné aussi bien sans cette expérience ».

- P1 (g) : « Cette expérience m'a beaucoup aidé ».

- ... Y compris chez les participants ayant testé les consultations individuelles.

- P1 (e) : « Ayant testé les deux formules, je trouve que les deux sont très bien ».

- P8 (e) : « Il y a quelques années j'avais vu le Dr Lajzerowicz en individuel, et ça avait été un peu moins facile, enfin, je préfère la démarche en groupe ».

- ... Y compris chez les participants méfiants initialement.

En effet, certains sujets avouaient être réticents à l'idée d'une prise en charge en groupe au départ, mais dont l'opinion a évolué au fur et à mesure des séances.

- P12 (g) : « Au début je suis venu à reculons, je n'étais pas pour cette expérience. Dorénavant j'ai changé d'avis ».

- P6 (e) : « Je suis venue, je n'étais pas du tout convaincue et c'est le contraire qui s'est passé, en fait ce système de réunion m'a beaucoup plu ».

- P7 (e) : « Au départ je n'étais pas partante, et finalement j'ai trouvé les échanges très intéressants ».

- ... Certains devenant des ambassadeurs de la démarche.

- P6 (e) : « Moi je recommande cette expérience à tous mes amis fumeurs. J'ai une collègue qui fume beaucoup mais qui n'est pas prête à arrêter. Je lui dis « tente, tente au moins une fois d'aller à une réunion » » [...] « Alors tout ce que j'ai appris lors de ces réunions, je le relaye, aux fumeurs et non-fumeurs, et j'ai des amis qui ont arrêté grâce à mon discours [...] C'est vrai qu'il y a un passage de relais ».

- P11 (e) : « Depuis mon passage avec vous j'en parle beaucoup aux autres ».

- P13 (e) : « Je l'ai déjà recommandé, au moins à 3 personnes ».

- ... Avec même une envie de témoigner.

- P2 (e) : « D'ailleurs si vous le refaites l'an prochain, vous pouvez m'y inscrire pour témoigner ! ».

- P4 (e) : « Je dis ça comme ça, mais si vous avez besoin de témoignages, je peux le faire avec plaisir ».

❖ Mais une approche collective non adaptée à tous.

Ce bilan a permis la mise en évidence de quelques facteurs limitants.

- P5 (e) : « Je pense que dans le collectif parfois certains n'interviennent pas ».

- P9 (e) : « Ce n'est pas forcément adapté à toutes les personnalités, ce qui est mon cas. Je préfère une approche plus personnalisée [...] Car quand on a d'autres problèmes annexes que le tabac, c'est bien d'avoir une prise en charge globale, comprenant notamment la sphère psychologique ».

On relève une efficacité objective de cet accompagnement.

Le bilan à 6 mois montre que 10 participants sur 15 sont totalement sevrés (66,7 %). Les participants non abstinents ont soit diminué, soit conservé une consommation identique. Aucun n'a augmenté son tabagisme.

Tous les patients interrogés ont eu un avis positif sur le principe du dispositif, y compris chez ceux qui étaient réticents au départ et ceux ayant testé les consultations individuelles. Certains sont même devenus des ambassadeurs de la démarche et la recommandent à leurs proches fumeurs.

Cependant, le côté collectif implique une prise en charge moins personnalisée et peut ne pas être adaptée à toutes les personnalités.

V.4 Le coaching par les infirmières tabacologues.

V.4.1 Bilan quantitatif du coaching.

L'expérience comptait deux infirmières tabacologues, qui ont assisté, en alternance, à quatre réunions sur six (les deux 1^{ères} séances, la 2^{ème} et la 3^{ème}). A la fin de la première séance, les participants avaient été informés que s'ils donnaient leur accord, une infirmière tabacologue les appellerait dans le courant de la semaine. A l'exception d'un participant, tous avaient initialement accepté (soit 22 réponses positives sur 23 au départ).

Au total, les infirmières n'ont, pour des raisons d'impossibilité de planning, pas assisté aux deux dernières séances.

3 séances de coaching téléphonique ont été effectuées, entre le 5 et le 19 novembre 2018, avec plusieurs tentatives d'appels à chaque séance pour les participants ne décrochant pas au premier appel et des messages laissés sur les répondeurs en cas de non réponse.

Sur les 22 personnes ayant donné leur accord initial pour bénéficier du coaching, dès le premier, seuls **15 sujets ont effectivement répondu** lors des appels des infirmières. Il s'agissait des 15 mêmes individus ayant adhéré aux groupes.

Puis, ce chiffre s'est à nouveau amenuisé avec lors de la 3^{ème} (et dernière séance de coaching) seulement 13 réponses de participants.

Les questionnements les plus fréquents portaient sur : la peur de prendre du poids, la gestion des pulsions à fumer, la régulation du transit, la réduction de l'angoisse/agitation, les sensations de surdosage des TNS (gommes ou patches) avec insomnies, céphalées et le remplissage du carnet de traçabilité. Un exemple de tableau de coaching (le 3^{ème}) est situé en *Annexe 6*.

V.4.2 Bilan qualitatif : éléments contributifs mis en avant par les participants.

La mise en avant d'avantages certains :

❖ Le renforcement de la motivation et du suivi.

Les sujets ayant approuvé le coaching téléphonique par les infirmières tabacologues mettent en avant le **côté motivant** de ces appels, et le fait que cela assure un **suivi**.

- P3 (e) : « Ça remet un petit coup de motivation et ça permet d'encadrer. C'est un suivi quoi ».

- P8 (e) : « C'est bien, c'est un atout en plus qui motive et permet de se rendre compte qu'il y a un réel suivi ».

- P10 (e) : « J'ai trouvé ça intéressant, car ça aide et ça motive aussi quelque part. Je me disais « bon l'infirmière va m'appeler donc il faut que je lui dise quelque chose de positif ». Ça me donnait une bonne pression, sans être pression ».

❖ Un encadrement.

- P3 (e) : « Ça permet d'encadrer ».

- P12 (e) : « Ça montre que le truc est structuré. Cela permet de voir que ce n'est pas juste une expérience pour le Moi(s) Sans Tabac comme vous nous l'aviez dit, car le mot expérience peut faire peur ».

... Mais une offre non appréciée de tous.

❖ Liée à des échanges jugés moins riches qu'en séances.

Comme les coachings étaient individuels, certains participants ont préféré les échanges des réunions qu'ils estimaient plus porteurs.

- P1 (e) : « J'ai toujours eu un coup de fil par une infirmière tabacologue mais comme on avait les réunions quelques jours plus tard, je n'y trouvais pas de grand intérêt ».

- P4 (e) : « C'était bien de les avoir mais je ne les aurais pas eues, ça n'aurait pas changé grand-chose. Cela n'a pas été essentiel dans ma démarche d'arrêt ».

- P6 (e) : « Ce n'est pas ça qui m'a aidé. Moi c'est vraiment les réunions que j'ai trouvé très intéressantes ».

- P7 (e) : « Je trouve que les réunions avaient plus d'impact, étaient plus porteuses ».

Le coaching permet d'assurer un suivi, de répondre aux éventuelles questions posées ou difficultés rencontrées, et de renforcer la motivation.

Ce suivi supplémentaire permet de poser un cadre structurant.

Cependant, pour les participants, ce coaching reste un contact téléphonique individuel, avec des échanges plus limités qu'au sein des groupes.

V.5 Les avis sur les prescripteurs des patchs.

Nous présentons ici les points de vue des participants sur le lien proposé avec les prescripteurs de patchs. Une première partie est dédiée aux nouveaux prescripteurs identifiés dans la loi de modernisation du système de santé. Une seconde partie est centrée sur les médecins généralistes.

V.5.1 Les nouveaux prescripteurs.

Des avantages peuvent être attendus :

❖ Un bénéfice en cas de proximité avec un autre professionnel de santé.

- P6 (e) : « Qu'ils puissent prescrire des patchs, c'est très bien, car vous pouvez être amené à voir régulièrement une infirmière ou un kiné pour X raisons... et des fois, il y a certains patients qui ont un meilleur contact avec leur kiné ou infirmière, et qui sont réticents à ce qui vient de leur médecin ».
- P10 (e) : « C'est favorable à mon avis, car on a plus d'affinités avec certaines personnes que d'autres. [...] On peut avoir plus de proximité avec un paramédical ou spécialiste que son médecin traitant ».

... Mais sous certaines conditions :

❖ La nécessité d'une implication du professionnel de santé.

Une participante a stipulé qu'il pouvait s'agir d'une bonne réforme, à condition que les professionnels de santé désignés s'intéressent au problème.

- P7 (e) : « Ça dépend des personnes, de leur ouverture sur la pathologie, de leur intérêt sur le sevrage du tabac et du rôle qu'ils veulent y jouer ».

❖ L'importance d'une formation adaptée.

Un grand nombre de participants a mis en avant la nécessité de former les professionnels de santé concernés, pour qu'une telle loi porte ses fruits.

- P4 (g) : « C'est vrai qu'il y a peut-être un manque d'information ».
- P3 (e) : « A condition d'avoir les capacités à donner des réponses aux gens. Parce que prescrire un patch c'est bien mais quand on vous informe de tous les à-côtés c'est autre chose quoi ».
- P6 (e) : « Je pense que c'est bien. Seulement, avant de prescrire les patchs, ces gens-là doivent recevoir la formation. [...] Il faudrait qu'ils soient formés aussi ».
- P7 (e) : « Il faudrait que tout le monde soit formé, ce serait la base ».

❖ L'importance de l'homogénéité du discours.

Il faudrait surtout que l'ensemble des professionnels de santé aient un discours allant dans le même sens pour ainsi éviter les données contradictoires.

- P4 (e) : « Il faut se méfier à ce qu'il n'ait pas un discours différent de l'addictologue. Car pour le coup, après ça peut fausser la démarche ».

- P6 (e) : « S'il ne peut que vous prescrire les patchs et qu'il n'a pas le discours derrière qui va avec, alors ça ne va pas servir à grand-chose. ».

... Avec la **persistance d'un scepticisme** marqué :

❖ **Doute sur leur domaine de compétence.**

Des participants estiment que ce n'est **pas le rôle** de ces professionnels de santé désignés et que cela dépasse leur champ d'action.

- P12 (g) : « Oui, mais concernant tous les paramédicaux, en ont-ils les compétences ? Honnêtement je me vois mal aller voir un dentiste en lui disant « avec mon sevrage tabagique je ne suis pas bien dans mes pompes en ce moment. ».

- P3 (e) : « J'ai l'impression qu'on dépasse le cadre ».

Pour certains même, il existe un manque de crédibilité et ils n'ont **pas confiance** en leurs capacités à jouer un rôle positif dans leur sevrage.

- P8 (e) : « Les médecins oui, pour le reste je suis plus dubitatif car je ne suis pas sûr que tous les autres corps de métier sachent gérer ça ».

- P12 (e) : « Pour moi ce n'est pas crédible qu'un kiné ou autre vous suive pour l'arrêt du tabac ».

- P14 (e) : « Personnellement je n'ai pas confiance, je préfère aller voir mon médecin traitant ».

❖ **... Doubte partagé par les professionnels de santé eux-mêmes.**

Dans l'entourage des participants, il semblerait que cet avis de réserve soit partagé par certains des professionnels de santé de leur entourage, eux-mêmes concernés.

- P3 (e) : « J'ai l'amie d'une copine qui est kiné, je lui en ai parlé et elle m'a dit « mais je ne vois pas pourquoi je prescrirais des patchs, ce n'est pas du tout mon job » ».

❖ **La méconnaissance de la loi autorisant les nouveaux prescripteurs.**

Certains des professionnels de santé de l'entourage des participants visés, n'étaient eux-mêmes pas au fait de cette loi.

- P9 (g) : « J'ai fait énormément de kiné, et on ne m'a jamais parlé de ça ».

- P1 (e) : « Ils sont tous surpris quand je leur dis. Même la pharmacienne me disait qu'elle n'avait jamais entendu parler de ça. ».

- P15 (e) : « J'avais demandé à mon kiné, or, il n'était pas au courant ».

❖ **Il s'agissait d'avantage du rôle du médecin traitant.**

Pour beaucoup de participants, cette mission relève médecin traitant, qui connaît son patient dans sa globalité.

- P6 (g) : « Moi je pense que c'est important d'être suivie par son généraliste, car c'est celui qui vous connaît le mieux finalement ».

- P1 (e) : « Moi j'avais choisi mon médecin traitant car il me connaît et que je me disais que c'était le professionnel qui s'y connaissait le plus. J'ai confiance en lui ».

- P2 (e) : « Je pense que c'est au médecin de gérer ça. Car il nous connaît, il est plus à même de nous aider. [...] Il est plus capable de vous parler ».

- P9 (e) : « J'avais initialement choisi mon médecin traitant car je pense que c'est la personne la plus à même de comprendre le sujet, car il a une approche globale de son patient ».

L'extension des prescriptions de patchs aux paramédicaux a un accueil mitigé.

Cela s'avère bénéfique en cas de lien plus affirmé avec un autre professionnel de santé que son médecin traitant.

Mais, pour que cela fonctionne, il apparaît essentiel d'avoir affaire à des professionnels de santé formés qui s'intéressent au problème, sous réserve qu'ils aient un discours homogène.

Les plus dubitatifs expriment un manque de confiance en la compétence de ces nouveaux prescripteurs.

Ces réserves seraient partagées par certains des professionnels de santé concernés.

Cela relèverait davantage du rôle du médecin traitant qui connaît son patient dans sa globalité et avec lequel il existe une relation de confiance.

V.5.2 Focus sur les médecins traitants.

❖ Le positionnement du médecin traitant dans cette expérience.

Cinq participants ont estimé que leur médecin traitant avait joué un **rôle actif** dans cette expérience, en prescrivant les patchs mais aussi en les félicitant pour leur démarche, en renforçant leur motivation, en gérant les effets secondaires du sevrage etc.

- P8 (g) : « Le mien est très intéressé [...] Il insiste quand même depuis des années pour que j'arrête de fumer ».

- P6 (g) : « A l'heure actuelle, la seule personne qui m'a boosté c'est mon médecin généraliste. Elle était positive, m'a dit « je vous félicite ». Elle m'a motivée. Elle est encore plus contente que moi ! ».

- P2 (e) : « Elle était très contente. Elle m'encourageait et me disait « il faut continuer, et si vous avez un souci, appelez-moi » ».

Trois sujets ont considéré leur médecin comme favorable à propos de la démarche, avec un **rôle de prescripteur de patchs** mais sans avoir eu un rôle déterminant dans leur sevrage.

- P1 (e) : « Il est un peu moins concerné sans pour autant me délaisser [...] Il était là comme prescripteur de patchs, mais pas du tout dans l'accompagnement ».

- P13 (e) : « Bon, je vais surtout la voir pour les patchs, et à cette occasion on discute un petit peu ».

- P14 (e) : « Elle est contente que j'ai diminué ma consommation, après elle ne s'investit pas énormément non plus. Elle m'a posé des questions mais sans plus ».

Sept sujets sur quinze n'ont pas trouvé que leur médecin traitant les avait aidés dans leur démarche d'arrêt. Parmi ces sept sujets, trois avaient choisi un autre professionnel de santé pour les accompagner (un avec l'aide d'un tabacologue, un avec un psychiatre et un autre avec un hypnotiseur).

Or les questionnaires initiaux (*Annexes 3 et 3b*), ont montré que ces trois mêmes participants avaient déjà tenté de solliciter leur médecin traitant avant de débiter l'expérience.

- P5 (g) : « *Ce lien avec le médecin n'est d'après moi pas la force de cette expérience, car j'ai été le voir et il ne m'a rien apporté* ».

- P7 (g) : « *J'ai senti un discours assez réticent. Donc c'est pour ça que l'accompagnement je le trouve ici, mais pas avec mon médecin traitant* ».

- P4 (e) : « *Non honnêtement je ne l'ai pas beaucoup vu pour l'accompagnement. Il était surtout là pour la prescription des patchs* ».

- P5 (e) : « *Il a fait les patchs, mais je ne sais pas comment dire, je n'ai pas senti un soutien* ».

- P9 (e) : « *En réalité, il n'a pas vraiment été aidant* ».

Cinq participants sur quinze ont considéré que leur médecin traitant avait joué un rôle actif dans cette expérience (renforcement de leur motivation, gestion des effets secondaires du sevrage, prescription des patchs...); trois ont estimé qu'il avait été présent mais sans qu'il n'ait joué un rôle déterminant dans leur sevrage; et sept n'ont pas jugé qu'il les avait aidés dans leur démarche.

❖ **Les intérêts du partenariat avec le médecin traitant.**

Plusieurs bénéfices ont été mis en avant par les participants :

- **L'importance de la pluridisciplinarité.**

Une participante a souligné la puissance du partenariat et du travail d'équipe.

- P7 (e) : « *Alors moi je suis très partisane de bosser en équipe. Pour moi la pluridisciplinarité c'est hyper intéressant* ».

- **Le médecin traitant au cœur de la prise en charge.**

- P2 (e) : « *Ça permet une prise en charge globale* ».

- **Une implication réciproque.**

Une participante explique que ce partenariat permet de charger le médecin traitant d'une mission envers son patient, et vice versa.

- P2 (e) : « *Votre médecin s'implique parce que c'est nocif pour vous. [...] Ça vous donne aussi une responsabilité envers lui* ».

- **La consolidation du suivi, grâce au médecin traitant.**

- P11 (e) : « *Que le médecin traitant soit au courant, ça montre qu'on est bien soutenu et qu'on a des professionnels qui sont là pour nous aider* ».

- P13 (e) : « *On se sent moins seul et c'est motivant* ».

- P15 (e) : « *Ça permet un suivi, de se sentir soutenu* ».

- **La gestion des effets concomitants au sevrage.**

- P2 (e) : « Et puis même pour les effets à côté, il peut gérer ».

- P6 (e) : « Rien que, comme vous nous l'aviez expliqué, pour gérer les effets secondaires du sevrage. Pour moi, c'est un complément, de voir le généraliste pour tous ces petits soucis d'à côté ».

- **La démultiplication des prises en charge.**

Les participants ont avancé l'idée que ce lien avec les libéraux permettait de soulager les consultations spécialisées, et permettait à un plus grand nombre de patients d'être accompagnés.

- P6 (e) : « Et je suis persuadée que grâce à cette alliance, quand les généralistes seront aussi bien formés que vous, il y aura beaucoup plus de personnes qui arrêteront de fumer ».

- P8 (e) : « Oui, pour moi c'est très bon car je pense que déjà pour vous, vous ne pouvez pas tout assumer ».

- P10 (e) : « Oui car quelque part, plus il y a de monde concerné et impliqué, plus ça ouvre les portes à une grande formation. Et ça permet aux patients de se diriger vers là où ils ont envie d'aller ».

- **La satisfaction d'être vecteur d'information envers son médecin.**

Enfin, un élément positif mis en exergue lors des entretiens, fût le plaisir de transmettre des informations à leur médecin.

-P8 (g) : « Si nous avons les diapos, nous pourrions les montrer à nos médecins traitants. Cela me plairait de lui apprendre des choses ».

- P6 (g) : « J'ai rapporté ce que vous nous aviez dit lors de la première réunion. Elle m'a alors dit qu'elle trouvait ça très intéressant, et je lui ai répondu de venir avec moi aux réunions ».

- P3 (e) : « Ça permet de partager l'expérience avec son médecin, de l'informer, lui donner notre point de vue ».

- P7 (e) : « Après c'est plutôt moi qui lui ai fait passer des informations, je n'aurai pas la prétention de dire que je lui ai appris des choses, mais au moins je lui ai raconté la démarche ».

... Mais un rôle du médecin traitant modulé :

- **Un partenariat « médecin - dépendant ».**

- P8 (g) : « Cela dépend des médecins ».

- P9 (e) : « Cela dépend de la sensibilité du praticien. Au-delà de ses compétences médicales, il faut qu'il ait une dimension humaine [...]. Je me moque qu'il ne soit pas expert en sevrage tabagique, en revanche il faut qu'il soit un soutien et assure un suivi en prenant en compte tous les facteurs qui gravitent autour de son patient ».

- **La nécessité d'un discours homogène et d'une formation adéquate.**

Comme pour les autres professionnels de santé, les participants souhaitent que les médecins traitants soient formés de façon homogène.

- P1 (e) : « Cela me paraît bien, à condition qu'il y ait un discours uni ».

- P3 (e) : « Il faut que les discours aillent dans le même sens pour que le patient ne soit pas perdu ».

- P4 (e) : « Si le médecin est formé dans le même discours que l'addictologue alors oui. Il faut que les informations aillent dans le même sens. C'est ça qui me fait peur [...] Il ne faut pas avoir d'informations contradictoires, que tout aille dans le même sens pour ne pas être perdu ».

- P6 (e) : « Après voilà, comme je vous disais il faut que la formation aille avec ».

- **Un manque de connaissance de la part des généralistes.**

Du point de vue de certains participants, les médecins généralistes n'ont pas les connaissances nécessaires pour les prendre en charge de façon adéquate.

- P7 (g) : « Ma médecin généraliste est super mais pour autant, je n'aurai jamais eu toutes ces infos ».

- P8 (g) : « Mon médecin la première fois m'avait fait une ordonnance comme si j'étais un robot, toute faite et avec une diminution des patchs pré-remplie ».

- P12 (g) : « Il n'y a aucun accompagnement du médecin traitant. Tout ce qu'on sait actuellement, on l'a appris grâce aux groupes et non grâce aux médecins traitants, encore moins le dentiste ou le kiné. Pour moi, ils sont mal formés » (...) « Moi je ne me sens pas soutenu par mon médecin traitant. Car quand je vais le voir il regarde sur internet ».

- P11 (e) : « Il y a des médecins qui vont vous donner les patchs mais ils ne sont pas au courant quoi ! ».

- **Un parcours non adapté en médecine générale.**

Pour certains, les conditions de consultations en médecine générale, notamment liées à leur courte durée n'est pas adaptée à la prise en charge du sevrage tabagique.

- P5 (g) : « Chez le médecin on se dit qu'il est pressé, ce ne sont pas de bonnes conditions à l'inverse d'ici où l'on a plus de temps ».

- P8 (g) : « Et puis en 15 minutes de consultation, c'est peut-être difficile à réaliser ».

-P12 (g) : « Il voit tellement ses patients à la chaîne que je ne pense pas qu'il ait suffisamment de psychologie ».

- **Une démarche intime.**

Un seul participant dit être gêné par le principe de ce schéma en lien avec le médecin traitant.

- P12 (e) : « Je pense que ça devrait rester entre les groupes et le tabacologue. Pour moi le médecin n'a pas à intervenir là-dedans. [...] C'est une démarche personnelle [...] Les personnes n'ont pas forcément envie que vous racontiez leur démarche au médecin traitant, un peu comme un secret médical ».

Au total, les aspects positifs qui se dégagent de ce schéma en lien avec les médecins sont : la gestion des effets secondaires par le médecin traitant, permettant une meilleure tolérance du sevrage ; la consolidation du suivi, donc de la motivation du patient.

Cela pourrait être cohérent avec le principe de la coordination des soins, d'une prise en charge pluridisciplinaire dont le médecin traitant est le pivot.

De plus, cela permet au patient de transmettre à son médecin les messages appris de l'addictologue et de renforcer son rôle actif.

Il se dégage que ce partenariat ne peut fonctionner, qu'à la condition que le médecin traitant soit formé à l'exercice et que son discours soit homogène avec celui du spécialiste.

Les principales réserves mises en avant sont le doute sur le domaine de compétence du généraliste, ses capacités à gérer le problème et la durée brève des consultations.

VI. Discussion.

VI.1 Enseignements principaux.

❖ Une prise en charge collective efficace.

Le bilan de la consommation tabagique à 6 mois de l'expérience est prometteur avec **10 participants sur 15 (soit 66%), ayant réussi un sevrage total**, chiffre se rapprochant des résultats obtenus en consultation individuelle, dans l'établissement. En effet, une évaluation sur 5 ans de la consultation d'aide à l'arrêt du tabac de l'Hôpital Suburbain du Bouscat, réalisée en 2016, montrait 60,6 % d'obtention durable d'arrêt du tabac de plus 6 mois (3).

Ces chiffres ne sont bien sûr pas comparables du fait de la faiblesse quantitative de notre échantillon, et de leur sélection sur le critère de motivation.

Toutefois, ce taux de réussite est **obtenu malgré un suivi écourté à 5 semaines**, ce qui a été regretté par la plupart des participants. D'ailleurs la durée minimale conseillée par certains spécialistes pour un suivi de sevrage tabagique est de 6 mois (24).

❖ Un véritable « effet groupe ».

Nous avons montré que cette prise en charge a été jugée bénéfique par tous les participants, grâce à cet « effet groupe » à l'origine d'une dynamique motivante avec un partage d'expérience, l'induction de questionnements et une prise de conscience que les difficultés rencontrées sont communes à tous.

Les groupes font partie du processus naturel de vie, et dans le domaine médical, cela existe depuis longtemps (par exemple au début du XXe siècle, avec l'organisation de groupes hebdomadaires de discussion pour des patients atteints de tuberculose) (25).

L'intervention en groupe est favorisée par la demande de prise en charge d'un nombre croissant de patients (25).

À l'occasion de ces échanges, les intervenants vont transmettre les informations importantes sur le thème abordé, tout en gérant le groupe pour faciliter l'interaction entre les participants. Ils vont aider chacun à s'exprimer et à développer ses idées (25).

Il apparaît aussi que la réussite du groupe réside dans la capacité de l'intervenant à **tisser de bonnes relations** avec les participants pendant les séances, dans un climat de confiance et respect de tous (25).

Dans cette étude, de nombreux commentaires ont été dans ce sens.

La figure 12 résume les avantages et inconvénients d'une prise en charge en groupe.

Education thérapeutique	Individuel	Groupe
Avantages	Personnalisation Permet d'aborder le vécu du patient Meilleure connaissance du patient Possibilité de cerner les besoins spécifiques du patient Respect du rythme du patient Meilleur contact Relation privilégiée	Echanges d'expériences entre patients Confrontations de points de vue Convivialité Rupture du sentiment d'isolement Emulations, interactions Stimulation des apprentissages Apprentissages expérientiels par « situations problèmes » Gain de temps
Inconvénients	Pas de confrontations avec d'autres patients Absence de dynamique de groupe Risque d'enseignement peu structuré Risque d'incompatibilité avec un patient difficile Risque d'emprise du soignant sur le patient Lassitude due à la répétition Prend trop de temps	Enseignement impositif (vertical) Patients trop hétérogènes Difficulté à faire participer les patients Inhibition des patients à s'exprimer Difficulté d'accorder l'attention à chacun Difficulté à gérer un groupe Horaires fixes des cours

Figure 12 : Avantages et inconvénients de la prise en charge en groupe versus individuelle. (Source : Mosnier-Pudar H. *Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? Médecine des maladies Métaboliques*, 2008).

❖ L'investissement des participants.

Lors de cette expérience, les participants étaient les principaux acteurs de leur démarche. Ils étaient proactifs dans l'articulation avec l'addictologue et le professionnel de santé libéral. En effet, nous ne nous sommes pas mis en relation avec les professionnels de santé choisis. Le participant était donc **le relais entre les groupes et son professionnel de santé.**

En rediffusant les messages clés sur le sevrage tabagique à leurs médecins, **les participants ont contribué à les informer.**

De même, ils ont retransmis les informations apprises lors des groupes à leur entourage fumeur, devenant **ambassadeurs de la démarche.**

Selon Lechopier, 2015, les patients ne sont plus des sujets à étudier, mais des personnes qui, à partir de leurs expériences développent des savoirs (26).

On retrouve ce postulat dans le parcours coordonné ville-hôpital pour l'arrêt du tabac mis en œuvre à l'Hôpital Suburbain du Bouscat, basé sur une responsabilisation du patient-partenaire, même investi comme vecteur pédagogique (3).

Un autre exemple est le projet conduit dans les universités de Lyon et Saint-Étienne, intitulé « Patients Acteurs de l'Éducation Médicale » (PACTEM) (27) qui vise une recherche-action autour de la participation des patients dans les formations des professionnels de santé, développant le principe de « patient-expert ».

Cette expérience s'inscrit dans cette même mouvance, donnant un **rôle actif au participant** pouvant contribuer à faire évoluer les compétences professionnelles.

D'autre part, les explications médicales fournies aux participants, considérés comme aptes à comprendre la physiopathologie de leur addiction, leur a donné le sentiment d'être **reconnus comme de véritables interlocuteurs**.

D'après l'HAS, il s'agit de cheminer avec un patient vers la connaissance qui le concerne et de lui donner les informations dont il a besoin. Ceci est fondateur de la relation médecin-malade (28).

Cette relation est passée de « paternaliste » où le médecin décidait pour le malade, à participative dans le cadre d'une décision médicale partagée. Ceci suppose que le patient ait une information précise, complète, technique et fiable (29).

❖ **Une politique relative aux nouveaux prescripteurs encore méconnue.**

L'essai s'est déroulé 2 ans et 10 mois après la publication de la loi de modernisation du système de santé du 1^{er} janvier 2016 (10).

Or, elle semble encore insuffisamment connue à la fois du grand public, mais aussi des professionnels de santé concernés.

En effet, lors de l'interview des participants, quelques-uns ont cité des exemples montrant que certains professionnels de santé de leur environnement ignoraient qu'ils étaient habilités à prescrire les patchs.

Une recherche bibliographique a été faite, sans succès, pour retrouver le bilan de cette disposition relative aux nouveaux prescripteurs autorisés, et faire un état des lieux des connaissances des professionnels concernés, sur cette réforme.

Il apparaît que **les paramédicaux sont peu nombreux à prescrire les patchs nicotiques** : une thèse de médecine générale menée en région PACA entre janvier 2016 et juin 2017 (30) montre que les paramédicaux, ne représentent que 2 % des prescripteurs selon leurs effectifs respectifs, loin derrière les 39% des généralistes.

D'ailleurs, notre propre étude confirme ce constat car 12 sujets inclus sur 15 (soit 80 %) ont décidé de solliciter leur médecin traitant plutôt qu'un autre professionnel de santé.

L'évaluation d'un partenariat entre les séances de groupes et les nouveaux prescripteurs n'a pu se faire, du fait du manque d'effectifs : en effet aucun de nos sujets inclus n'avait choisi d'infirmier(e), dentiste, kinésithérapeute ou médecin du travail pour les accompagner.

Pour pallier cela, il apparaît indispensable **d'informer et de former à la fois les patients et les professionnels de santé** sur cette nouvelle disposition légale. Quelques pistes seront évoquées dans les perspectives.

VI.2 Points forts.

❖ Une plus grande efficacité de la réponse à la demande d'aide lors du Moi(s) Sans Tabac.

Les consultations individuelles « sans délais » organisées en Novembre 2017, avaient majoré la surcharge de travail déjà présente par le grand nombre de consultations de suivi engendrées (4).

L'expérience collective rapportée ici, permet de répondre aux demandes de patients dans le cadre du Moi(s) Sans Tabac selon une autre formule.

En effet, elle incite à une **prise en charge conjointe avec un professionnel de santé de ville**, ce qui offre des perspectives intéressantes. Si ces expériences étaient programmées en routine, elles pourraient contribuer à l'implication des médecins généralistes, comme cela a été réalisé dans l'instauration du partenariat ville-hôpital avec des généralistes en consultations individuelles alternées (3).

Cette évolution permettrait non seulement de **démultiplier les prises en charge** d'arrêt du tabac, mais aussi de fluidifier l'accès aux consultations spécialisées pour les cas urgents ou compliqués.

❖ Une structuration pluri-professionnelle.

La littérature retrouve de nombreux articles sur des programmes d'aide à l'arrêt du tabac dans des milieux communautaires (entreprises, universités...) (31).

On retrouve également de nombreuses propositions sur des **groupes d'entraide à l'arrêt du tabac**. Par exemple, ceux développés par certains Comités départementaux de la Ligue contre le cancer (32) ; ou encore à Montpellier, où l'institut régional du cancer (ICM), proposait en 2009 un programme destiné aux jeunes de 15-25 ans ayant un désir d'arrêt (33) ; ou encore à Paris, où la CPAM propose aux patients fumeurs, lors de leurs examens périodiques de santé, de participer à un atelier de 2h sur le tabac (34).

De plus, avec le développement des réseaux sociaux, des groupes d'entraide à l'arrêt du tabac ont émergé. Par exemple les groupes Facebook « Je ne fume plus ! » (35), et « les habitants de la Nouvelle Aquitaine #MoisSans Tabac », où des forums de discussions sont mis en place (36).

On peut citer d'autres exemples hors hexagone. Par exemple en Belgique, il semblerait que des groupes d'aide à l'arrêt du tabac se soient également développés. Le site tabacstop.be en fait la promotion (37). Ou encore toujours en Belgique avec le programme d'aide à l'arrêt en groupe développé par Allen Carr (38).

Cependant, dans tous ces exemples, la prise en charge collective a un schéma différent de l'expérience étudiée ici. Même si les groupes d'entraide, de soutien à l'arrêt du tabac sont nombreux, nous n'avons pas retrouvé de publication relatant des expériences d'**accompagnement en groupes structurés** selon cette formule, à savoir : séances collectives, coaching infirmier et recherche d'un partenariat avec des prescripteurs libéraux (dont le choix entre médecins traitants et paramédicaux est laissé libre aux participants).

❖ La triangulation des méthodes de recueil des avis.

Pour recueillir un nombre important d'informations, nous avons utilisé le concept de triangulation des méthodes, qui vise la convergence **des résultats issus de différentes méthodes** dans une optique de validation des interprétations (39).

Berger et col, 2010, (40) expliquent qu'il s'agit d'obtenir des données différentes mais complémentaires sur un même sujet afin de mieux comprendre le problème de recherche. L'intention du chercheur est de bénéficier des différents avantages des méthodes réduisant ainsi les faiblesses de chacune par la complémentarité de l'autre.

Il semble que cette technique **apporte une qualité supplémentaire** à l'étude en améliorant sa validité interne. En effet, la validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. Une des façons d'y parvenir est de recourir à la technique de triangulation des sources et des méthodes. Cette triangulation permet de comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données (19).

Ce fut le cas dans notre étude avec une partie expression collective, de type focus group, et une partie entretiens individuels.

De plus, Aldebert et col, (41) confirment que l'utilisation d'outils différents pour récolter des informations sur un même phénomène permet d'en avoir une connaissance plus complète et différenciée.

Cela a donc permis de faire émerger des ensembles d'idées de façon plus saillante qu'avec une seule modalité de recueil. Des notions complémentaires ont ainsi pu être recensées. Tous ces éléments expliquent la richesse des réponses obtenues, et la quantité importante de verbatim exprimés.

VI.3 Limites.

❖ La taille de l'échantillon.

Notre étude a porté sur 15 participants, il s'agit d'un **petit échantillon**. Ceci ne permet donc pas de tirer de conclusions fiables sur l'efficacité du dispositif.

Par ailleurs, la saturation des données, du fait de l'absence de logiciel d'analyses n'a pas été objectivement définie, mais elle est théoriquement acquise :

Kohn et col, dans un article sur les recherches qualitatives de 2014 (16) expliquent que l'échantillon de type qualitatif vise à collecter un maximum de variabilité de réponses. Le but est d'atteindre la saturation des réponses, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle thématique n'émerge des données. Cet article précise qu'une **douzaine d'entretiens bien ciblés** peut suffire à atteindre l'objectif de saturation.

Par ailleurs, pour ce qui est de l'identification des leviers les plus contributifs, cet échantillon pourrait être suffisant. Savoie-Zajc, 2007 (42), explique que dans ce type de recherche, il s'agit de comprendre le point de vue de personnes « compétentes » à l'égard de l'objet d'étude.

Toutefois deux autres limites peuvent être avancées. La première est que tous les sujets de l'étude étaient volontaires pour participer aux groupes. De ce fait, nous n'avons pas pu mettre en évidence les freins des sujets n'ayant pas désiré y assister.

La seconde est que, nous pouvons supposer que les individus qui ont décidé de revenir aux séances de groupe étaient les plus motivés, les plus déterminés à poursuivre une démarche de sevrage tabagique. Ceci a ainsi pu influencer nos résultats.

❖ **Les biais potentiels.**

Tout type d'erreur introduite dans l'étude, et dont la cause est identifiable, peut être potentiellement considéré comme un biais par définition (erreur systématique) (43).

- **Biais de recrutement.**

Les participants inclus dans les groupes avaient initialement appelé au secrétariat de l'Hôpital Suburbain du Bouscat pour obtenir un rendez-vous de consultation individuelle avec le Dr Lajzerowicz.

Ils ont probablement accepté de participer aux groupes car l'animatrice était le médecin avec qui ils désiraient une prise en charge.

- **Biais de désirabilité sociale.**

L'abstinence tabagique s'inscrit de plus en plus dans une norme sociale, ce qui a pu influencer le sujet à donner des réponses qui projettent de lui l'image la plus valorisante (44).

Tout cela a pu être à l'origine d'un biais de désirabilité sociale, qui consiste à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé. De plus, on peut trouver une motivation provoquée par la valorisation liée au fait d'être sujet d'intérêt (effet Hawthorne) (45).

Ce biais est une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société (46, 47).

Nass et col, 1999 (48) expliquent que le biais de désirabilité est déclenché par nature des questions (sujets sensibles et/ou très personnels) et la présence d'un enquêteur (47, 48).

- **Biais de prévarication.**

Etudiant un thème sensible (le tabac), dont la norme sociale tend à valoriser les non-fumeurs, cela a pu conduire les participants à modifier leurs réponses, afin de rentrer dans le « moule » socialement accepté. Ce phénomène correspond à un biais de prévarication (44).

Mais, afin de limiter ce biais, l'intervieweuse a cherché au maximum à garder une attitude neutre et bienveillante, avec un discours déculpabilisant et sans jugement.

- **Biais méthodologiques.**

Ce biais apparaît lorsque le recueil d'information est complexe (45). Plusieurs points peuvent être évoqués sur cet aspect.

Le recueil à 6 mois de l'avis des participants s'est fait par entretiens téléphoniques. Le langage non verbal n'était donc pas accessible.

Ensuite, le guide d'entretien semi-structuré permettait de mieux répondre aux objectifs mais pouvait parfois orienter les réponses des sujets interrogés.

Par ailleurs, la place de l'intervieweuse vis-à-vis des participants pouvait également influencer leurs propos. En effet, les participants ont pu se représenter une jeune doctorante que l'on aurait envie d'aider. Par ailleurs, la thésarde ayant assisté à chaque séance, le lien tissé au fil des réunions pouvait réduire la neutralité des sujets envers elle et vice-versa.

De plus, l'intervieweuse manquant d'expérience et de pratique dans le domaine des entretiens de recherche, a pu parfois influencer les réponses des personnes interviewées, par sa communication verbale.

Enfin, on remarque que la durée des entretiens téléphoniques était faible (moins de 12 minutes en moyenne). Ceci peut être attribuable à l'inexpérience de l'intervieweuse ou à un questionnaire trop fermé. Cette courte durée des entretiens a pu être à l'origine d'informations limitées.

❖ **Une méthode d'analyse pouvant être incomplète.**

- **Absence de triangulation des données.**

La réalisation des entretiens, la retranscription des verbatim et l'analyse de ces derniers a été réalisée par la même intervenante (thésarde). Il n'y a donc pas eu de triangulation de l'analyse. Cela aurait permis de renforcer la validité interne de notre étude (21).

- **Absence de double codage.**

Le codage des entretiens n'a été réalisé que par la doctorante elle-même. Or, d'après Mukamurera et col, pour améliorer la fiabilité du codage, une des techniques réside dans le fait de demander à un autre chercheur de doubler les analyses pour ensuite confronter les significations dégagées (49).

En effet, Huberman et Miles, 1991 recommandent de faire coder séparément une partie des données par un chercheur extérieur à la recherche. La comparaison des codes permettant de définir la fiabilité et la validité du codage (50). Cela aurait également permis d'améliorer la qualité de cette étude.

- **Codage, analyse des entretiens sans l'aide d'un logiciel informatique spécialisé.**

L'analyse des questionnaires a été faite de façon manuelle, c'est-à-dire sans utilisation de logiciel d'analyse qualitative type N'vivo®, QDA Miner® ou autre.

Or, même si l'analyse des données de façon manuelle peut être discutée, et que la grande majorité des doctorants ont recours aux logiciels spécialisés, les éléments ci-dessous permettent de nous conforter dans l'idée que l'utilisation d'un logiciel de codage pour analyser nos questionnaires n'était pas indispensable.

Komis et col, dans un article sur l'usage des logiciels en analyse qualitative de 2013 (51), expliquent que **les logiciels ne remplacent pas la dimension interprétative** propre à l'analyse qualitative.

Lejeune, 2016 (52) précise que recourir à un logiciel d'analyse de textes ne garantit ni la qualité de la recherche, ni la scientificité des preuves, ni surtout l'intérêt des conclusions.

De plus, il semblerait que l'utilisation de tels logiciels, s'avère intéressante surtout pour traiter une grande quantité de données et de façon rapide (52). En effet, les logiciels permettraient de traiter plus de matériau et plus rapidement qu'une recherche sans eux. Mais, le nombre de textes, leur longueur et la vitesse de leur traitement ne constituent pas des questions pertinentes pour la recherche qualitative.

A noter que, dans cette étude, le nombre de questionnaires à analyser restait acceptable.

Enfin, Pierre Paillé, Professeur spécialisé en recherche qualitative à l'Université du Québec, soutenait lors d'une conférence en 2006 (53) : « *Je réclame donc le droit, de se soustraire à l'informatisation de l'analyse des données. [...] Combien d'entre nous ont déjà glissé en fin de demande de subvention la phrase fétiche «et nous traiterons les données à l'aide du logiciel N'Vivo », dans le but, au moins en partie, de faire bonne figure auprès des évaluateurs ? [...] Avec l'informatisation de l'analyse, je pense que nous sommes en train de nous habituer aux grands échantillons qualitatifs, et j'appréhende le moment où les recherches avec un nombre limité de participants perdront leur valeur ».*

❖ **Absence de formalisation du partenariat avec les infirmières tabacologues.**

L'étude comptait deux infirmières tabacologues, qui avaient pour rôle de joindre chaque sujet en interséance afin de suivre et soutenir leur progression.

Même si les modalités du coaching avaient été définies par une trame d'entretien, la transmission du tableau récapitulatif des résultats chaque semaine, n'avait pas été formalisée.

Ce coaching était réalisé de façon **totale**ment **bénévole** à l'occasion du Moi(s) Sans Tabac et en dehors de leur temps de travail. Il était basé sur la motivation de ces deux professionnelles à expérimenter ce dispositif, et leur lien d'équipe avec le Dr Lajzerowicz au sein de l'Unité de Tabacologie du CHU.

On peut supposer que la **charge de travail engendrée** (présence aux réunions, appels, remplissage des tableaux récapitulatifs), ajoutée à leur travail habituel, ont pu décourager les IDE, qui n'ont pas poursuivi le coaching à son terme.

Il faut également noter que l'absence de convention entre les deux établissements (CHU et Hôpital Suburbain du Bouscat), ne permettait pas de les couvrir au plan assurantiel.

VI.4 Perspectives.

❖ **Renouveler des sessions de groupes comprenant un plus grand nombre de participants.**

Nous avons vu que cette formule de prise en charge collective à l'arrêt du tabac, en lien avec les médecins de ville avait montré de nombreux éléments positifs et avantages.

On peut donc envisager de **réitérer l'expérience pour le Moi(s) Sans Tabac prochain**, avec un plus grand nombre de participants afin de développer cette offre.

Multiplier les expériences de ce type permettrait d'évaluer son efficacité sur le long terme, dans différents centres et ainsi poursuivre la mise en évidence de ses freins et leviers.

Cette démarche est d'ores et déjà prévue à l'Hôpital Suburbain du Bouscat, durant le Moi(s) Sans Tabac 2019.

Une participante parmi celles qui se disaient volontaires pour témoigner, a été contactée en septembre 2019, et a donné son accord pour venir faire part de son expérience aux nouveaux participants des groupes.

❖ **Former les professionnels de santé (médecins et paramédicaux).**

• **Une nécessité d'homogénéisation du discours entre professionnels.**

Nos entretiens ont montré que, pour les participants, se faire accompagner dans leur arrêt du tabac par des professionnels de santé autres que des spécialistes (tabacologues ou addictologues), nécessitait un discours homogène entre les intervenants pour éviter les informations contradictoires, avec une formation en amont.

Cette condition préalable concernait dans leurs propos aussi bien les médecins traitants que les nouveaux prescripteurs.

• **Les actions de formation déjà existantes.**

Le 5^{ème} rapport (d'avril 2019) du plan cancer 2014-2019, présente de nombreuses actions régionales en lien avec la loi du 1^{er} janvier 2016, comme la proposition aux professionnels de santé de **formations et de documents d'information** (par exemple : ordonnancier spécifique avec les modalités de prescription) pour améliorer l'accès et la dispensation des substituts nicotiques (54).

On retrouve également ces documents sur de nombreux sites internet, notamment sur le site du Respadd (Réseau des établissements de santé pour la Prévention des Addictions) (55) où des plaquettes sont téléchargeables pour l'aide à la prise en charge des patients fumeurs.

Ou encore sur le site Améli.fr (56), qui met à disposition la **liste des substituts nicotiques pris en charge** par l'assurance maladie.

On peut aussi citer, de façon non exhaustive, les sites de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), drogues.gouv, drogues-info-service ou tabac-info-service.

De plus, **de nombreuses formations** sont développées pour les professionnels de santé, diffusées sur les sites de l'agence nationale du DPC (Développement Professionnel Continu), de l'Ordre National des Médecins ou des Infirmiers, de la Société Française de Tabacologie avec la liste nationale des DIU (Diplômes Inter Universitaires) pour la formation en tabacologie.

En Nouvelle Aquitaine, les CPAM proposent **des « soirées formation » pour les nouveaux prescripteurs** dans toute la région (57), en partenariat avec l'association AGIR 33-Aquitaine qui a conçu le support de formation et organise l'animation.

Le site addictutos.com, également mis en place par l'association AGIR 33, propose des **tutoriels en ligne** d'aide à la prise en charge du sevrage tabagique à disposition des professionnels de santé (58).

La faculté de médecine propose chaque année un **diplôme inter-universitaire « Tabacologie et aide au sevrage tabagique »** (59), ouvert à de nombreux professionnels de santé en plus des médecins tels que les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les psychologues, les infirmier(e)s, les sages-femmes, les diététicien(ne)s, les masseurs-kinésithérapeutes etc.

❖ **Améliorer le lien avec les professionnels de santé.**

Comme cela a été montré plus haut, l'intérêt du lien avec le généraliste a été modulé par quelques participants qui n'ont pas estimé que leur médecin avait joué un rôle déterminant dans leur réussite. Une des hypothèses pour améliorer leur implication, serait **d'informer en amont des groupes** les professionnels de santé choisis par les participants.

Il s'agit de favoriser l'investissement des professionnels de santé dès le début des séances, de façon individuelle ou collective.

• **Information collective.**

Pour informer les médecins de façon conjointe, des FMC (Formations médicales continues) peuvent être organisées. Une telle rencontre s'est d'ailleurs déroulée le 19 septembre 2019 à l'Hôpital Suburbain du Bouscat (*Annexe 8*).

Lors de cette réunion, 2 présentations ont été exposées par les addictologues aux médecins généralistes présents :

La première **axée sur l'addiction** et ses mécanismes, et sur la prise en charge du sevrage tabagique.

La seconde présentait les principaux **atouts du partenariat ville-hôpital** dans le parcours coordonné pour l'arrêt du tabac.

Par ailleurs, en vue de sa réitération pour le Moi(s) Sans Tabac prochain, les principes de **l'expérience d'accompagnement collectif** à l'arrêt du tabac ont été rapportés par la doctorante elle-même pour inciter les médecins présents à adresser leurs patients.

- **Information individuelle.**

On pourrait, à la fin de la première séance, après avoir recueilli les coordonnées du professionnel de santé vers lequel le sujet souhaite s'orienter, lui envoyer un courrier informatif. Il expliquerait les modalités de cette prise en charge collective, ses objectifs, le rôle qu'on attend de lui/elle : la prescription des patches, mais également un accompagnement du patient, un renforcement de sa motivation, la gestion des effets secondaires du sevrage etc. Nous proposons en *Annexe 9* ce support d'ores et déjà préparé.

Cela se rapproche du partenariat ville-hôpital déjà mis en place à l'Hôpital Suburbain du Bouscat, lors duquel un courrier est envoyé au médecin traitant pour lui expliquer les principes de cette collaboration, avec un référentiel-guide des consultations à mener (3, 60).

Ce courrier pourrait être soutenu par un appel téléphonique par les médecins animatrices pour établir un premier contact avec eux.

- **Evaluation du point de vue des professionnels.**

Enfin, il serait utile de recueillir les avis des professionnels de santé libéraux concernant cette prise en charge, collective mais aussi partagée avec eux. Ils pourraient fournir d'autres idées sur les éléments à modifier pour améliorer l'expérience.

De plus, cela permettrait de faire le point sur leurs besoins de formation concernant l'aide au sevrage tabagique.

❖ **Formaliser le coaching infirmier.**

L'absence de formalisation du partenariat avec les IDE tabacologues, a probablement été à l'origine d'un bilan mitigé.

Or, les participants lors des entretiens ont mis en évidence des aspects positifs de ce coaching, confirmant **qu'il pourrait être un atout considérable.**

D'ailleurs, ce principe de coaching est déjà mis en place par tabac-info-service, via la ligne téléphonique, le site internet ou les plateformes de téléchargement mobile (type applications) (61).

Il offre, après avoir évalué les habitudes de vie, la dépendance et la motivation, de pouvoir contacter un tabacologue si besoin, de donner des conseils sur le choix de la méthode d'arrêt, de bénéficier de stratégies pour gérer les pulsions mais aussi les effets indésirables, de recevoir des messages d'encouragement etc.

On retrouve ce principe dans d'autres pays. Par exemple, l'institut de santé globale de l'université de Genève sur son site stop-tabac.ch (62), ou encore en Belgique, via le site tabacstop.be (63). Ces coachings sont comparables à ceux proposés par tabac-info-service.

Le coaching présente un avantage certain, notamment en termes de renforcement du suivi et de la motivation, ce pourquoi il faut veiller à en exploiter toutes ses ressources.

Pour l'améliorer, on pourrait **envisager quelques pistes**, telles que :

- L'intégration de l'intervention des infirmier(e)s dans leur temps de travail car cela a sans doute nui à leur investissement prolongé.
- Homogénéiser la traçabilité du coaching : en favorisant la communication des informations issues des entretiens des participants entre les deux infirmières et en harmonisant la façon de remplir le tableau récapitulatif des résultats des entretiens (pour que leur interprétation soit simplifiée).
- Enfin, il faudrait prévoir le renvoi systématique à l'addictologue des tableaux récapitulatifs des résultats des participants, avant la séance suivante.

Le point positif de la formule proposée pour cette expérience est que les infirmières tabacologues assistent aux réunions de groupe, donc apprennent à connaître les patients et vice-versa. Cela permet de favoriser une relation de confiance et une prise en charge personnalisée.

En revanche, il ne peut y avoir de disponibilité 24h/24 et 7j/7 comme peut le proposer un coaching numérique, qui peut répondre aux besoins à l'instant T.

❖ **Deux pistes plus lointaines.**

• **Restructurer le parcours à terme ?**

Dans nos entretiens, une des participantes nous a expliqué qu'un des éléments qui l'avait gênée pour consulter son professionnel de santé de façon régulière, était le caractère chronophage du parcours, surtout si l'on y ajoute le temps consacré aux réunions de groupes.

De plus, un argument en demi-teinte de plusieurs participants sur le coaching, était l'absence de besoin d'en bénéficier, car il y avait les réunions quelques jours plus tard.

A partir de cela, on peut légitimement envisager **une périodicité des séances espacée à deux semaines**, intercalées avec les séances du coaching IDE et les consultations chez les professionnels de santé libéraux.

Ceci ne pourra s'élaborer qu'après la réalisation effective des propositions précédentes : **formalisation de la collaboration infirmière et amélioration du lien avec les professionnels de santé libéraux.**

• **Réitérer l'expérience en l'axant sur les nouveaux prescripteurs.**

Nous avons vu qu'aucun des participants de l'étude n'avait choisi un des nouveaux prescripteurs possibles pour les accompagner. Nous n'avons donc **pas pu évaluer le lien avec ces professionnels.**

Il serait donc intéressant de réitérer l'expérience, mais cette fois avec des participants optant pour l'accompagnement par des IDE, kinésithérapeutes ou autres professionnels concernés.

Cependant, nous avons aussi mis en évidence que ce choix était lié au manque d'information sur la politique des nouveaux prescripteurs.

Donc il faudra probablement un certain délai avant qu'une telle expérience ciblée sur les autres professionnels de santé ne puisse être réalisée.

VII. Conclusion.

On assiste actuellement à une forte majoration de la demande d'aide à l'arrêt du tabac, qui engendre la nécessité de faire évoluer les prises en charge, pour aider les patients fumeurs.

Une **démarche novatrice** a ainsi été expérimentée à l'Hôpital Suburbain du Bouscat, lors du Moi(s) Sans Tabac 2018, associant l'animation par une addictologue de séances collectives d'aide au sevrage tabagique, un coaching infirmier en inter-séances et un lien encouragé avec le professionnel de santé de leur choix. Notre étude a porté sur l'évaluation de cette expérience inédite.

L'efficacité de ce dispositif apparaît intéressante avec **deux tiers des participants abstinents à 6 mois** (n= 10 sur 15).

Le recueil des perceptions des participants a permis de mettre en exergue les leviers selon eux les plus contributifs dans cette prise en charge, tels que :

- Les informations reçues à l'origine de **messages marquants**, sur les concepts de base de l'addiction ; l'impact psychique du tabac ; le maniement des traitements substitutifs...
- La mise en place d'un « **effet groupe** » avec une dynamique forte, une mise en commun des problématiques rencontrées, un partage d'expériences, une convivialité libératrice.
- Le **discours déculpabilisant** de l'addictologue, totalement nouveau pour les participants.
- Le concept d'**ambivalence**, support de la thérapie cognitivo-comportementale.
- La proposition d'une **démarche progressive**, en respectant les temps de réapprentissage du quotidien sans tabac.

Un autre point essentiel avancé a été l'importance de bénéficier de l'animation de la démarche par une addictologue **expérimentée** en tabacologie.

Le second enjeu était d'évaluer la coordination prévue avec les professionnels de santé libéraux. Nous avons retenu que le **médecin traitant restait l'interlocuteur de choix** pour les participants car étant le plus à même de prendre en charge le patient dans sa globalité, dans un climat de confiance et de lien privilégié. Certains médecins ont pu assurer la prescription des patchs, mais un réel accompagnement du sevrage reste à développer.

Cette alliance avec le professionnel de santé, a souvent permis au participant de contribuer directement à l'information de son médecin, et de l'impliquer davantage dans sa démarche. Mais une **homogénéité du discours**, actuellement insuffisante, doit être recherchée.

Il apparaît également intéressant de mieux **formaliser le coaching téléphonique**, en raison de son potentiel : renforcement de la motivation, soutien face aux difficultés, réponse aux questionnements résiduels...

L'action de **nouveaux prescripteurs de TNS** n'a pas pu être évaluée ici (car n'ayant pas été choisis par les participants). Une information systématique de ces professionnels de santé sur leur nouvelle compétence semble être à développer, avant de pouvoir étudier leur participation.

Ce retour d'expérience est **globalement satisfaisant**, et la démarche va être réitérée, pour le Moi(s) Sans Tabac prochain (2019), en développant l'offre d'inscriptions, et en tenant compte dans toute la mesure du possible, des points à améliorer mis en évidence.

VIII. Bibliographie.

- (1) Denepoux-Taillez J. Comment favoriser la participation des médecins généralistes à la campagne Moi(s) Sans Tabac 2017 ? Thèse de doctorat en médecine. Université de Bordeaux ; 2017
- (2) Ravily E. Thérapeutiques médicamenteuses de l'arrêt du tabac : connaissances, représentations et pratique des médecins de Gironde. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bordeaux ; 2018
- (3) Lajzerowicz N. Prise en charge conjointe ville-hôpital dans l'arrêt du tabac : une expérience de pédagogie active en addictologie. Mémoire de capacité. Université de Bordeaux ; 2018
- (4) Lajzerowicz N. Rapport à l'ARS sur l'action et l'évaluation de la Campagne nationale 2017 Moi(s) Sans Tabac à l'hôpital Suburbain du Bouscat ; 31 janvier 2018
- (5) Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, le groupe baromètre de santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017. Bulletin de santé publique Nouvelle-Aquitaine sur le tabac. [Internet]. Janvier 2019. [Cité 17 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/bulletin-de-sante-publique-bsp-nouvelle-aquitaine-janvier-2019-tabac>
- (6) ARS, Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Bulletin de santé publique Nouvelle-Aquitaine sur le tabac. [Internet]. Janvier 2019. [Cité 18 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/bulletin-de-sante-publique-bsp-nouvelle-aquitaine-janvier-2019-tabac>
- (7) Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. [Internet]. [Cité 21 mai 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
- (8) Ministère des Solidarités et de la Santé. Ministère de l'action et des comptes publics. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. [Internet]. [Cité 21 mai 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
- (9) Ministère des Solidarités et de la Santé. Comité interministériel pour la santé. Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. [Internet]. 2018. [Cité 28 mai 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf
- (10) Legifrance. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article L. 3511-10. [Internet]. [Cité 28 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
- (11) HAS, Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. [Internet]. 2014. [Cité 07 juin 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
- (12) Santé Publique France. Record de participation pour la 3ème édition de #MoisSansTabac. [Internet]. [Cité 21 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Record-de-participation-pour-la-3eme-edition-de-MoisSansTabac>
- (13) Barbette S. Dispositif #MoiSansTabac en Nouvelle-Aquitaine : Facteurs favorisant son implantation en région. Mémoire de Diplôme Inter Universitaire. Université de Bordeaux ; 2018.
- (14) ARS, Agence Régionale de Santé. Arrêter de fumer en Nouvelle-Aquitaine. [Internet]. [Cité 29 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/santefr-arreter-de-fumer-en-nouvelle-aquitaine>
- (15) OFDT, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. [Internet]. 2018. [Cité 21 mai 2019]. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_18bil.pdf

- (16) Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014 ; LIII : 67-82
- (17) Trudel L, Simard C, Vonarx N. La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? Recherches qualitatives. 2007 ; 5 : 38-45.
- (18) Duchesne S. Pratique de l'entretien dit "non-directif". In : Bachir M (dir). Les méthodes au concret. Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique. Paris : PUF ; 2000, 9-30.
- (19) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 84 : 142-5.
- (20) LEPCAM. Lire, Ecrire, Publier, Communiquer des Articles Médicaux. Elaborer une question de recherche et trouver le type de l'étude : étude qualitative. [Internet]. [Cité 15 mai 2019]. Disponible sur : https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/id_quali/
- (21) Imbert G, L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010 ; 102 : 23-34.
- (22) Boutin G. L'entretien de recherche qualitatif. In : Théories et pratiques, 2^e édition : PUQ. 220p. [Internet]. [Cité 15 mai 2019]. Disponible sur : https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=ON-nDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT15&dq=entretien+semi+structur%C3%A9&ots=30bT9EcWPP&sig=oYcZ47r8qQJu_dCHZFGCWWx8rjA&redir_esc=y#v=onepage&q=entretien%20semi%20structur%C3%A9&f=false
- (23) Pinard R, Potvin P, Rousseau R. Le choix d'une approche méthodologique mixte de recherche en éducation. Recherches qualitatives. 2004 ; 24 : 58-80
- (24) AFSOS, Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. Sevrage tabagique. [Internet]. [Cité 07 septembre 2019]. Disponible sur : <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/sevrage-tabagique/>
- (25) Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? Médecine des maladies Métaboliques. 2008 ; 2(4) : 425-431.
- (26) Lechopier N. Participation des patients à la formation médicale. Rhizome. 2015 ; 58 : 15-16.
- (27) PACTEM, Patients Acteurs de l'Enseignement en Médecine. Présentation. [Internet]. [Cité 03 sept 2019]. Disponible sur : <https://pactem.hypotheses.org/>
- (28) HAS, Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. [Internet]. 2008. [Cité 08 sept 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
- (29) Moumjid-Ferdjaoui N, Carrère M-O. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. Revue française des affaires sociales. 2000 : 73-88.
- (30) Fouquere B. Quelles sont les modalités de prescription et de remboursement du forfait nicotine dans le cadre du sevrage tabagique en région PACA ? Thèse de doctorat en médecine, Université de Marseille ; 2018. [Internet]. [Cité 01 sept 2019]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01939005/document>
- (31) Inserm. Tabagisme : Prise en charge chez les étudiants. Expertise collective. [Internet]. 2003. [Cité 28 août 2019]. Disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/52>
- (32) Ligue-cancer. Groupes d'entraide à l'arrêt du tabac. [Internet]. [Cité 28 août 2019]. Disponible sur : https://www.ligue-cancer.net/article/35090_groupes-dentraide-larret-du-tabac
- (33) Institut régional du Cancer de Montpellier. Action « 5+1 » : Programme d'aide à l'arrêt du tabac. [Internet]. [Cité 29 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.icm.unicancer.fr/fr/fiches-pedagogiques/action-51-programme-d-aide-l-arret-du-tabac>

- (34) Ameli. Livret de promotion des actions de prévention de l'assurance maladie de Paris. [Internet]. [Cité 29 mai 2019]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Livret_promotion_actions_prevention_V09_WEBplanche_s.pdf
- (35) Facebook. Page du groupe « Je ne fume plus ! ». [Internet]. [Cité 04 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.facebook.com/groups/jenefumeplus/>
- (36) Facebook. Page du groupe « Les habitants de la Nouvelle Aquitaine #MoisSansTabac. [Internet]. [Cité 04 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.facebook.com/groups/NouvelleAquitaineMoisSansTabac>
- (37) Tabac-stop. Comment arrêter, l'accompagnement en groupe. [Internet]. [Cité 04 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.tabacstop.be/comment-arr-ter/laccompagnement-en-groupe>
- (38) Allen Carr. Arrêter de fumer. [Internet]. [Cité 04 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.arreterdefumer-allencarr.be/payment/>
- (39) Guével MR, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustrations. Santé Publique. 2012.24 : 23-38.
- (40) Berger E, Crescentini A, Galeandro C, Mainardi Crohas G. La triangulation au service de la recherche en éducation. Exemples de recherches dans l'école obligatoire. Acte du congrès de l'actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève, 2010 : 1-8.
- (41) Aldebert B, Rouzies A. L'utilisation des méthodes mixtes dans la recherche française en stratégie : constats et pistes d'amélioration. Acte de conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS). [Internet]. 2012. [Cité 02 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/4-xxeme-conference-de-l-aims/communications/1336-lutilisation-des-methodes-mixtes-dans-la-recherche-francaise-en-strategie-constats-et-pistes-damelioration>
- (42) Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? Recherches qualitatives. 2007 ; 5 : 99-111
- (43) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé. Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. 2ème édition. [Internet]. 2003. [Cité 06 sept 2019]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208221>
- (44) Savès M. Biais dans les enquêtes épidémiologiques descriptives. Université de Bordeaux et ISPED.
- (45) CEDIP. Chabal. S, les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. [Internet]. 2014 ; Fiche 62. [Cité 06 sept 2019]. Disponible sur : http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
- (46) Crowne D, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. Journal of Consulting Psychology. 1960 ; 24(4) : 349-354.
- (47) Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM, France. [Internet]. 2010. [Cité 06 sept 2019]. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/document>
- (48) Nass C, Moon Y, Carney P. Are respondents polite to computers? Social desirability and direct responses to computers. Journal of Applied Social Psychology. 1999 ; 29 (5) : 1093-1110.
- (49) Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Recherches qualitatives. 2006 ; 26 (1) : 110-138.
- (50) Huberman A, Miles M.B, Analyse des données qualitatives - Recueil de nouvelles méthodes, De Boeck Université, 1991, p 480.

- (51) Komis, Vassilis ; Depover, Christian et Karsenti, Thierry. L'usage des outils informatiques en analyse des données qualitatives. 2013. [Internet] Disponible sur : <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article216>
- (52) Lejeune C. Logiciels d'analyse de données qualitatives ou d'analyse qualitative ? Pièges, limites et questions liminaires. Les recherches qualitatives en santé. [Internet]. 2016 : 184-196. [Cité 18 août 2019]. Disponible sur : https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/202553/1/lejeune_2016a_preprint.pdf
- (53) Paillé P. Lumières et flammes autour de ma petite histoire de la recherche qualitative. Recherches Qualitatives. 2006 ; 26 (1) : 139-153.
- (54) Institut National du Cancer. Plan Cancer, 5^{ème} rapport au président de la république. [Internet]. [Cité 02 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cinquieme-rapport-au-president-de-la-Republique-Avril-2019>
- (55) Respadd, Réseau de Prévention des Addictions. Premiers gestes en tabacologie. [Internet]. [Cité 02 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.respadd.org/premier-geste-en-tabacologie/>
- (56) Améli. La prise en charge du sevrage tabagique. [Internet]. [Cité 02 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/gironde/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique>
- (57) ARS, Agence Régional de Santé Nouvelle Aquitaine. Moi(s) Sans Tabac, préparons-nous ensemble. [Internet]. [Cité 02 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/moissanstabac-2018-partenaires-preparons-nous-ensemble>
- (58) AGIR 33. Addictutos. Tutoriel Sevrage Tabac. [Internet]. [Cité 27 août 2019]. Disponible sur : <https://www.addictutos.com/page/tutoriels/tutoriel-sevrage-tabac>
- (59) Université de Bordeaux. Diplômes inter universitaire. Tabacologie et aide au sevrage tabagique. [Internet]. [Cité 03 juin 2019]. Disponible sur : https://www.u-bordeaux.fr/formation/2017/PRSV142_201/diplome-inter-universitaire-tabacologie-et-aide-au-sevrage-tabagique
- (60) Fournols M. Partenariat ville-hôpital pour la prise en charge de l'arrêt du tabac : retour d'expérience de 30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise. Annexe 1 : Courrier et synoptiques de prise en charge conjointe. Thèse de doctorat en médecine, Université de Bordeaux ; 2018. [Internet]. [Cité 07 juin 2019]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970428/document>
- (61) Tabac-info-service. Votre coaching pour arrêter de fumer. [Internet]. [Cité 28 mai 2019]. Disponible sur : <https://coaching.tabac-info-service.fr/#/index>
- (62) Stop-tabac. Bienvenue sur le coach. [Internet]. [Cité 02 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.stoptabac.ch/fr/Coach/login.html>
- (63) Tabacstop. Comment arrêter de fumer? [Internet]. [Cité 02 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.tabacstop.be/fumeurs/comment-arr%C3%AAter-de-fumer>

IX. Annexes.

Annexe 1 : Présentation du bilan des consultations « sans délais » à l'ARS.



Réunion des Directeurs d'Établissements - ARS
31 janvier 2018
 Hôpitaux Promoteurs de santé



Préparation et réalisation du Mois sans Tabac 2017
 Actions de l'Hôpital Suburbain et évaluations



Campagne nationale 2017 Mois Sans Tabac Présentation des actions et évaluations Hôpital Suburbain du Bouscat



Dr Nathalie LAJZEROWICZ,
 Consultations hospitalières d'addictologie Hôpital Suburbain du Bouscat
 Réseau Addictions Gironde - AGIR33 - praticien attaché CHU Bordeaux

Sept-Oct 2017 Partenariat Ville-Hôpital Expérimentation	Nov 2017 Consultations sans délais
Consultations programmées (depuis 2007)	
Animation hebdomadaire de groupes de patients hospitalisés	

Autres actions Mois Sans Tabac avec AGIR33:
 Mise en ligne tutoriels sevrage tabac, cigarette électronique
 Journées départementales pour professionnels de santé en Nouvelle Aquitaine
 Journée grand public du 7 novembre, réunions de co-pilotage avec l'ARS
 Evaluation-recherche universitaire: évaluation implication des MG Mois sans tabac 2016...

N.L. ARS 31/01/18- Hôpitaux promoteurs de santé

Bilan des consultations sans délai

- **2 demi-journées / semaine de consultations dédiées au Mois sans tabac** (dont une créée et budgétée par l'hôpital Suburbain)
- **119 consultations tabac effectuées** durant novembre
 - 79 programmées (consultations initiales ou de suivi)
 - 40 supplémentaires dans le cadre du Mois(s) sans tabac
 - 31 patients inscrits en consultation sans délai
 - 9 consultations de suivi au cours du mois de novembre
 - Soit un accroissement de 51 % de la fréquentation

Devenir des 31 personnes reçues en consultation sans délai « Mois sans tabac »

Cs ponctuelles MST et orientation vers médecin traitant	Prise en charge immédiate au long cours	Prise en charge immédiate partagée avec médecin traitant	Prise en charge différée (janvier) rajoutées
4	16	3	8

N.L. ARS 31/01/18- Hôpitaux promoteurs de santé

MST: Prises en charge complètes urgentes	16 / 31
Grossesse en cours	1
Cancers en cours de traitement	2
Pathologies respiratoires sévères	4
Pathologies cardio-vasculaires multiples (dont pré-op stents)	3
Très motivés par le Mois sans tabac, besoin d'aide médicale	5
Déjà en cours de sevrage pendant MST, mal supporté	1

Définition de la prise en charge complète:
 environ 10 consultations sur 6 mois, dont: 4 durant le 1^{er} mois, puis 1 par mois
 Les 3 premières programmées d'emblée

N.L. ARS 31/01/18- Hôpitaux promoteurs de santé

Caractéristiques des consultants

Sexe et âge	Hommes 40% Age moyen 52,6 ans	Femmes 60% Age moyen 51,6 ans
Comment a connu cette Cs ?	Par MT 33%, autre professionnel de santé 16,6%, un proche 10%, MST 13,4%, pages jaunes 3% Non-réponse 24%	
Adressé par MT ?	Oui 40%	Non 60%
Avez-vous entendu parler du MST ?	Oui 90%	Non 3%
Connaissez-vous TIS ?	Oui 60%	Non 40%
Comment ?	Média (télé, affiche radio) 78%	Autre, NSP 22%
Êtes-vous inscrit à TIS ?	Oui 27%	Non 73%
Pensez-vous le faire ?	Oui 0%	Non 55%, NSP 45%

N.L. ARS 31/01/18- Hôpitaux promoteurs de santé

Résultats quantitatifs des 16 personnes suivies en urgence:

≥ 1 mois d'arrêt du tabac	7 personnes,
Diminution d'1 paquet à ½ cig/j	1 personne
Traitement non débuté	2 personnes
Pas de sevrage ou arrêt < 1 mois	6 personnes

Enseignements

31 personnes reçues, rarement ponctuel, effet d'aubaine sans délai attente (4 mois)
 > 1 centaine de consultations générées sur les semaines suivantes pour un accompagnement complet... en plus de l'activité habituelle

Nécessité de développer le dispositif:
 Prévoir l'impact sur l'activité des 2 mois suivants
 Adjonction de personnel soignant (IDE) et/ou partenariat avec médecin traitant

N.L. ARS 31/01/18- Hôpitaux promoteurs de santé

Annexe 2 : Information diffusée en amont du projet.



SEANCES D'ACCOMPAGNEMENT « SANS DELAI » POUR L'ARRÊT DU TABAC - Novembre 2018

Depuis avril 2018, tout professionnel de santé a désormais la possibilité de prescrire des substituts nicotiniques, dont certains sont maintenant pris en charge sans avance de frais.

Il s'agit bien sûr des médecins traitants, des médecins spécialistes, et des sages-femmes comme antérieurement, mais également des médecins du travail, des infirmières, des kinésithérapeutes, des dentistes.

Ces prescriptions de patches par vos professionnels de santé vous aideront à limiter vos envies de fumer, et **en collaboration avec les professionnels prescripteurs**, nous proposons de vous soutenir par un **accompagnement collectif**, chaque semaine.

Les équipes d'addictologie
proposent une ou plusieurs séances pour soutenir votre engagement dans
le défi du Mois sans Tabac :
Les mercredis de 18 h à 19 h du 24 octobre au 28 novembre 2018
A l'Hôpital Suburbain du Bouscat

PRENEZ CONTACT DES A PRESENT AVEC LE PROFESSIONNEL MEDICAL OU PARAMEDICAL
qui vous suit actuellement.

Il réalisera cette prescription individuelle adaptée à votre cas, et nous travaillerons avec vous sur votre démarche, avec si vous le souhaitez un coaching téléphonique interséances par une infirmière tabacologue.

Inscription aux groupes au secrétariat: 05 56 17 50 97

Pour votre information, 4 traitements sont pris actuellement en charge sans avance de frais :

Nicorette skin 10mg/16h, 15 mg/16h, 25 mg/16h, ***Niquitin+Nicopatch*** 7 mg/24h, 14 mg/24h, 21 mg/24h (Boîtes de 28). Les dosages de départ sont généralement 1 mg par cigarette (ex : Nicopatch 21 pour 1 paquet/jour). L'arrêt peut être progressif : on peut continuer à fumer « sur » le patch.

Pastilles sublinguales ***Nicopass***, comprimés à sucer ***Niquitin***, et ***Gommes EG***

Annexe 3a : Questionnaire participant en début de première séance.

- Nom/Prénom :
- N° de téléphone :
- Age :
- Sexe : M F
- Profession : Actif

- Non actif : Arrêt longue durée / Retraité / Sans emploi / Invalidité
- Nombre de cigarettes/jour :
- Combien de temps pour la première cigarette après le réveil :
- CO test :
- Avez-vous déjà arrêté de fumer ? Oui Non
 Si oui, pendant combien de temps au maximum ?
- Si oui, avec l'aide de quel(s) moyen(s) ?
- Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer avec des patchs ? Oui Non
 Si oui, quelle a été votre durée maximale sans tabac avec ce traitement ?
- Avez-vous déjà sollicité votre médecin traitant pour arrêter de fumer ? Oui Non
 Si non, pourquoi ?
- Votre médecin traitant vous a-t-il déjà conseillé d'arrêter de fumer ? Oui Non
- Votre médecin traitant vous a-t-il déjà proposé de vous accompagner dans l'arrêt du tabac ?
 Oui Non
- Concernant la cigarette électronique, êtes-vous :
 Vapoteur quotidien Vapoteur occasionnel Déjà tenté Jamais tenté
- Avez-vous consommé du cannabis dans les 30 derniers jours ? Oui Non
- Votre consommation d'alcool vous pose-t-elle problème ? Oui Non
- Si oui, en quoi ?
- Quelles sont vos pathologies notables, actuelles ou antérieures ?
- Avez-vous des traitements en cours ? Oui Non
 Si oui, lesquels ?
- Quelles sont vos motivations pour arrêter de fumer ?
- Où vous situez-vous sur l'échelle de la motivation :
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Quel est votre sentiment sur votre capacité à y arriver ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Quelles sont vos craintes par rapport au sevrage du tabac?.....
- Comment avez-vous connu cette proposition de séance collective ?
- Quels ont été les éléments déterminants dans votre inscription à ces groupes ?
 ° Mois sans tabac ° Délais de consultation tabacologique individuelle trop longs
 ° Principe d'un accompagnement collectif ° Autre
- Quelles sont vos attentes ?

Annexe 3b : Questionnaire participant en fin de première séance.

- Nom/Prénom :

- Téléphone :

A la suite de cette séance collective :

- Etes-vous décidé à entreprendre la démarche d'arrêt du tabac ? Oui Non
- Prévoyez-vous un arrêt du tabac : Brutal Progressif

- Quel est votre avis sur l'organisation de cette première séance ?
 Concernant sa durée : Trop courte Correcte Trop longue
 Concernant son contenu :

.....
- Quelles informations vous ont été utiles ?

.....
- Quelles questions persistent ?

.....
- Quel professionnel de santé pensez-vous solliciter pour la prescription des substituts nicotiniques ?
 Médecin traitant Infirmier(e) Kinésithérapeute
 Sage-femme Dentiste Médecin du travail

- Si vous êtes d'accord pour que nous le contactions, quelles sont les coordonnées du professionnel de santé choisi ?

.....
- Souhaitez-vous bénéficier d'un coaching téléphonique en inter-séances par notre infirmière tabacologue ?
 Oui Non

- Serez-vous présent lors de la prochaine séance collective ?
 Oui Non

- Etes-vous inscrit à Tabac Info Service ?
 Oui Non

- Si non, pensez-vous le faire ?
 Oui Non

- Acceptez-vous de participer à l'évaluation téléphonique du parcours prévue en 2019 ?
 Oui Non

- Qu'avez-vous prévu de faire concernant votre arrêt dans les prochains jours ?

.....

Annexe 4 : Le coaching téléphonique réalisé par les IDE tabacologues.

➤ Premier coaching :

- Date de l'appel :
- Groupe initial du : 24/10 ou 31/10
- Objectif personnel : Réduction ou arrêt total ?
- Avez-vous déjà modifié votre consommation tabagique ?
- Avez-vous fait le choix de votre prescripteur ? Oui/ Non
Si oui,
 - Profession :
 - L'avez-vous déjà consulté ? (Combien de visites)
- Quel traitement d'aide à l'arrêt avez-vous choisi ?
- Quelle est la date de début de ce traitement ?
- Quel(s) bénéfice(s) attendez-vous de votre sevrage tabagique ?
- Avez-vous des peurs/craintes ?

➤ Puis, fin de l'entretien avec synthèse :

- Durée de l'entretien :
- Reformulation et résumé des craintes et bénéfices à l'arrêt.
- Féliciter pour l'engagement dans la démarche et encourager.
- Rappel, prochaine session de groupe au Bouscat et prochain rendez-vous téléphonique les :
- Encouragements à retourner à la prochaine session de groupe.

Remerciements pour le temps accordé.

➤ Coachings suivants :

- Comment vous sentez-vous ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous ?
 - Quelles sont les stratégies mises en place pour les gérer?
 - Efficacité de ces stratégies ?
- Quels bénéfices avez-vous déjà perçus ?
- Avez-vous débuté ou augmenté une activité physique ?
- Le traitement doit-il être modifié ?
- Avez-vous des questions complémentaires (les noter) ?

➤ Fin de l'entretien avec synthèse (idem 1^{er} coaching)

Annexe 5a : Tableau résumant les caractéristiques des participants.

Groupe au suivi irrégulier (présence à 4 réunions minimum)

Partici pant	Sexe	Âge	Consommation (cig/j)	Activité professionnelle	Tentatives de sevrage antérieures	Connaissance des réunions	Sollicitations antérieures du médecin traitant**	Co-addictions****	PS choisi	Date de venue aux groupes
P1	M	69	20	Retraité	Oui Pendant 1 mois Seul (sans aide médicamenteuse)	Secrétariat de consultation (en voulant prendre RDV pour une consultation individuelle)	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer	Non	MT	24.10 – 06.11 – 14.11 – 21.11 – 28.11
P2	F	52	7	Active	Non	Spécialiste	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer	Alcool	MT***	24.10 – 06.11 – 14.11 – 21.11
P3	F	42	5-6 (semaine) 15-20 (week-end)*	Active	Oui Pendant 3 ans et demi Seule	Tabacologue	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer et accompagnement réel dans une démarche d'arrêt	Alcool	Tabacologue	24.10 – 06.11 – 14.11 – 21.11 – 28.11
P4	F	63	12	Retraîtée	Oui Pendant 2 mois Seule	Spécialiste	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer	Non	MT	24.10 – 06.11 – 14.11 – 21.11 – 28.11
P5	F	50	20	Retraîtée	Oui Pendant 5 jours Seule	Secrétariat de consultation	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer	Non	MT	31.10 – 06.11 – 14.11 – 21.11 – 28.11
P6	F	56	20-25	Arrêt maladie longue durée	Oui Pendant 10 jours Patches	Médecin traitant	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer et accompagnement réel dans une démarche d'arrêt	Non	MT	31.10 – 06.11 – 14.11 – 21.11 – 28.11
P7	F	38	20-25	Active	Oui Pendant 6-8 mois Acupuncture	Secrétariat de consultation	Non	Non	MT	31.10 – 06.11 – 14.11 – 21.11 – 28.11
P8	M	60	25-30	Retraité	Oui Pendant 2 mois Champix©	Secrétariat de consultation	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer et accompagnement réel dans une démarche d'arrêt	Non	MT	31.10 – 06.11 – 14.11 – 21.11 – 28.11
P9	M	48	30	Actif	Oui Pendant 6 mois Patches	Secrétariat de consultation	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer	Alcool	MT	31.10 – 06.11 – 14.11 – 28.11
P10	F	43	30	Active	Oui Pendant 1 an Champix©	Secrétariat de consultation	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer	Non	Psychiatre	31.10 – 06.11 – 14.11 – 28.11

Annexe 5b : Tableau résumant les caractéristiques des participants.

Groupe au suivi irrégulier (présence à 3 réunions maximum)

Partici pant	Sexe	Âge	Consommation (cig/j)	Activité professionnelle	Tentatives de sevrage antérieures	Connaissance des réunions	Sollicitations antérieures du médecin traitant**	Co-addictions****	PS choisi	Date de venue aux groupes
P11	M	34	5-6	Actif	Oui Pendant 2 ans Seul	Hôpital saint André	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer	Cannabis	MT***	24.10 – 14.11 – 21.11
P12	M	38	15-20	Actif	Oui Pendant 4 mois Patches et substituts oraux	Secrétariat de consultation du Dr Lajzerowicz (en voulant prendre RDV pour une consultation individuelle)	Non	Non	Hypnothérapeute	24.10 – 06.11 – 21.11
P13	M	48	15-20	Actif	Oui Pendant 15 jours Patches et substituts oraux	Secrétariat de consultation du Dr Lajzerowicz (en voulant prendre RDV pour une consultation individuelle)	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer et accompagnement réel dans une démarche d'arrêt	Alcool	MT	24.10 – 06.11 – 21.11
P14	M	60	50-60	Actif	Oui Pendant 5 ans Seul	Médecin traitant	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer et accompagnement réel dans une démarche d'arrêt	Non	MT	24.10 – 06.11 – 21.11
P15	F	54	20-22	Active	Non	Remplaçant du médecin traitant	Oui, conseil donné d'arrêter de fumer	Alcool	MT	24.10 – 06.11 – 28.11

* Soit une moyenne de 8,93 cigarettes par jour. En effet, une moyenne de 5,5 cigarettes par jour pendant 5 jours (semaine) et de 17,5 cigarettes par jour pendant 2 jours (week-end); soit $[(5,5 \times 5) + (17,5 \times 2)]/7 = 8,93$.

** Soit par simple conseil donné au patient d'arrêter de fumer de la part du médecin traitant, soit par réel accompagnement à une démarche d'arrêt.

*** Médecin traitant.

**** Jugées problématiques par le participant.

Annexe 6 : Exemple de bilan de coaching infirmier des participants (3^{ème} coaching, secondaire à la séance du 14.11.18).

Appels effectués le 17.11.18

Particip- pant	Médecin prescripteur	Traitement en cours et consommation	Date de venue aux groupes	Problèmes rencontrés	Actualités	Ressenti positif
P5	Dr xxx (médecin traitant)	A vu son médecin le 16.11 avec prescription de patchs à 14mg - Réduction de moitié	31.10 06.11 14.11	Etat de manque + Le 17.11, a ressenti des bouffées de chaleur intenses en voiture pendant 1h : patch ou ménopause ?	Ne pourra pas venir à la séance de groupe du 28.11 car ne sera pas sur Bordeaux	Odeur Finances
P7	Dr xxx (médecin traitant)	Nicopatch 21mg - Réduction en cours avec nouvelle baisse à 5-6 cigarettes/jour le 16.11 mais pense que le contexte s'y prêtait	31.10 06.11 14.11	Difficulté de gestion des envies en soirée	A vu son médecin ce jour. Carnet non rempli Commencera à remplir son carnet dès demain	Est dans l'élan Avec la réunion du 14.11, prise de conscience de beaucoup de choses. Se sent plus libérée si elle fume La parole du groupe est libératrice
P4	Dr xxx (médecin traitant)	Nicopatch 21mg - Sevrage total	24.10 06.11 14.11	Léger ralentissement du transit	Ce jour, tout est toujours OK	Bonne gestion émotionnelle Fierté Se sent bien dans sa peau
P10	Dr xxx (psychiatre)	Nicopatch 21mg - Réduction moitié (30 à 15 cigarettes/jour)	31.10 06.11 14.11	Un peu plus compliqué au travail	Le 16.11 : Stressée car contexte de violence dans son immeuble. A fumé plus que d'habitude : s'est déçue	Ne se prend pas « la tête » dit- elle Méditation Parle de ses émotions en famille
P6	Dr xxx (médecin traitant)	Nicopatch 21mg Réduction de deux tiers	31.10 06.11 14.11	Se sent « à cran » Ambiance compliquée à la maison avec un soutien familial insuffisant Est en « guerre » avec elle- même Culpabilité ++	Rappels dans la semaine pour refaire le point : 2 messages laissés mais pas de réponse.	
P2	Dr xxx (médecin traitant)	Aucun	24.10 06.11 14.11	Fume plus car est stressée	Culpabilité de remplir le carnet donc ne le remplit pas Rappels dans la semaine pour refaire le point : 2 messages laissés mais pas de réponse.	Au travail fume 4 cigarettes et le gère relativement bien

P8	Dr xxx (médecin traitant)	Nicorette skin 25mg + Nicopass 1,5mg à la demande - Réduction de 2/3, est à 10cigarettes/jour	31.10 06.11 14.11	Constipation	Le 17.11 : n'a plus de troubles du transit Habitue prise du remplissage du carnet, permet la visualisation de sa consommation.	Pas de manque Confortable Le 17.11, lors d'1 bricolage difficile a craqué et a fumé 3 cigarettes en suivant
P9	Dr xxx (médecin traitant)	1,5 patchs de Nicopatch 21mg - Réduction de moitié, est à 15 cigarettes/jour	31.10 06.11 14.11	Difficultés à changer ses habitudes (café, alcool) Agitation Pulsions à fumer Tentations ++	Culpabilise quand remplit son carnet de suivi Conseil donné de passer à 2patchs	Se dit être « mitigé »
P13	Dr xxx (médecin traitant)	Nicopatch 21mg Fume 2 cigarettes le soir	24.10 06.11		N'a pas revu son médecin traitant Ne peut pas venir pour les séances de groupe suivantes	Pas d'état de manque
P12	Aucun prescripteur (hypnothérapeute)	Séances d'hypnose Aucun traitement En arrêt tabac depuis 30/10	24.10 06.11 N'est pas venu le 14.11 mais viendra le 21.11		Appel du 17.11 : pas de réponse. Message laissé avec rappel le 19.11 Mange plus	Pas d'état de manque A repris le sport (squash 2 fois/semaine)
P11	Dr xxx (médecin traitant)	Aucun Sevrage total depuis le 15.11	24.10 06.11 14.11	Se sert de la cigarette pour décompresser pendant son travail (lors des périodes d'attente)	N'a pas rempli le carnet A vu son médecin traitant le 15.11	Y pense moins à la maison Stratégie d'évitement : la lecture
P1	Dr xxx (médecin traitant)	2 patchs Nicopatch 21mg + Nicopass 2,5mg A essayé 3 patchs mais n'était pas bien - Réduction de moitié (30 à 14-16 cig/jour)	24.10 06.11 14.11	Confronté à l'envie en permanence car est à la retraite : difficile	Le 17.11 : N'arrive pas à réduire plus La première cigarette est la plus difficile.	Tousse moins A développé des stratégies d'évitement : se promène +++
P3	Dr xxx (tabacologue)	Nicopatch 14mg - Sevrage total depuis 15 jours	24.10 06.11 14.11	Durant la semaine, est ok mais le week-end pense à la cigarette : craving Sentiment de désœuvrement à certains moments forts	Rappels dans la semaine pour refaire le point : 2 messages laissés mais pas de réponse.	

Annexe 7 : Déclaration CNIL.

CNIL.
 Cadre réservé à la CNIL
 N° d'identification :

CNIL.
 Cadre réservé à la CNIL
 N° d'identification :

CNIL.
 Cadre réservé à la CNIL
 N° d'identification :

CNIL.
 Cadre réservé à la CNIL
 N° d'identification :

DÉCLARATION SIMPLIFIÉE

ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

(articles 24-1, 24-2, 26-1 et 27-2 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2003)

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : HOPITAL SUBURBAIN DU BOUSCAT
Siège (facultatif) : N° SIRET : 337857916 00015
Code APE : 8610Z Activités hospitalières
Services :
Adresse : 97 AVENUE GEORGES CLEMENCEAU
Code postal : 33110 Ville - LE BOUSCAT
Adresse électronique : E.VIANA@HOPITALDUBOUSCAT.COM **Fax :**

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

ME-3 Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

3 Transferts de données hors de l'Union européenne

Vous transférez tout ou partie des données enregistrées dans votre traitement vers des organismes (clients, sous-traitants, prestataires de services, etc.) qui se trouvent dans un pays situé hors de l'Union européenne

Non Oui

4 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Vous nom (prénom) : LAZEROWICZ NATHALIE
Services : CONSULTATION TABAC
Adresse : HOPITAL SUBURBAIN DU BOUSCAT 97 AVENUE GEORGES CLEMENCEAU
Code postal : 33110 - Ville - LE BOUSCAT
Adresse électronique : N.LAZEROWICZ@HOPITALDUBOUSCAT.COM
Adresse téléphonique : N.LAZEROWICZ@HOPITALDUBOUSCAT.COM
N° SIRET : 337857916 00015
Code NAF : 8610Z Activités hospitalières
Siège (facultatif) :
Adresse : 97 AVENUE GEORGES CLEMENCEAU
Code postal : 33110 Ville - LE BOUSCAT
Adresse électronique : E.VIANA@HOPITALDUBOUSCAT.COM **Fax :**

N° CERFA 13810-01

CNIL - FORMULAIRE ENGAGEMENT DE CONFORMITE

N° CERFA 13810-01

CNIL - FORMULAIRE ENGAGEMENT DE CONFORMITE

Annexe 8 : Annonce de la FMC diffusée aux professionnels de santé.

Soirées FMC de l'Hôpital Suburbain du Bouscat

19 septembre 2019



Concepts en addictologie: Fabienne Le Monnier

**Addiction au tabac et prise en charge coordonnée ville-hôpital :
Comment conjuguer nos compétences ? Nathalie Lajzerowicz**

L'accompagnement collectif à l'arrêt du tabac: Marion Sprimont

Dans le cadre de la diffusion régionale du **Partenariat Ville-Hôpital** pour l'arrêt du tabac de vos patients, 6 lieux au choix de **Rencontres FMC** sont organisées avec des addictologues d'établissements de santé, 4 en Gironde, 1 à Bayonne et 1 à Villeneuve sur Lot.

- Le jeudi **19 septembre**, 20h30 à 22h, à l'Hôpital Suburbain du Bouscat, (97 avenue G. Clémenceau, 33110 Le Bouscat): Dr Lajzerowicz, Dr Le Monnier, Dr Sprimont
- Le lundi **7 octobre**, 19h30 à 21h, au Centre Hospitalier d'Arcachon, salle de réunion n° 3 : Dr Montel
- Le mardi **8 octobre**, 20h à 22h, à l'amphithéâtre de l'IFSI de Bayonne, (13 avenue Jean Darrigrand - Bayonne) : Dr Herran
- Le jeudi **10 octobre**, 19h à 20h30, à l'Espace Santé de l'Université de Bordeaux, (146 rue Léo Saignat à Bordeaux) : Pr Auriacombe, Dr Lajzerowicz, Pr Castera
- Le jeudi **17 octobre**, 20h à 22h, à la Clinique d'Arès, (14 boulevard Javal - Arès) : Dr Perrin
- Le mardi **22 octobre**, 20h-22h, à la salle de Conférence de l'Hôpital Pôle de Santé du Villeneuvois (route de Romas - Villeneuve sur Lot) : Dr Cristiani

Votre présence est importante, pour répondre à vos questions et favoriser l'arrêt du tabac des patients, par une collaboration efficace.

Un buffet de qualité vous sera proposé ! Afin de prévoir celui-ci au mieux, nous vous proposons de vous inscrire en précisant la FMC choisie, au mail suivant : contact@agir33.fr

Organisation/communication :

Agir33-Aquitaine, Pôle addictologie universitaire, CHU de Bordeaux, UMFCs, URPS-ML, association ReAGJIR

Annexe 9 : Courrier informatif à destination des professionnels de santé.

SEANCES D'ACCOMPAGNEMENT POUR L'ARRET DU TABAC – MOI(S) SANS TABAC 2019.



Chers Confrères(sœurs), chers Collègues,

Comme vous le savez, nous nous trouvons actuellement dans un contexte où le tabagisme reste un enjeu majeur de santé publique. Un ensemble de mesures gouvernementales ont déjà été mises en œuvre, notamment la possibilité donnée à tout professionnel de santé de prescrire les traitements de substitution nicotinique. Cette loi concerne donc les médecins (généralistes, spécialistes et du travail), les sages-femmes, mais aussi les infirmier(e)s, les kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes.

En parallèle, les demandes d'aide à l'arrêt du tabac sont de plus en plus nombreuses et vos patients fumeurs s'adressent en première intention à vous.

Afin de vous aider à répondre leur sollicitation et profitant de la campagne médiatique Moi(s) Sans Tabac, nous proposons à vos patients un accompagnement collectif d'aide au sevrage tabagique.

Ainsi, l'équipe d'addictologie/tabacologie de l'Hôpital Suburbain du Bouscat organise des séances hebdomadaires d'accompagnement de vos patients, pour encourager leur engagement, au cours du Moi(s) Sans Tabac 2019. Elles seront animées par une addictologue et un médecin généraliste.

Les séances auront lieu les **mercredis, de 18h à 19h, du 30 octobre au 27 novembre 2019, à l'Hôpital Suburbain du Bouscat (salle de conférence – 1^{er} étage).**

Elles seront axées sur la transmission d'informations sur l'addiction et de ses mécanismes ; sur le principe et l'utilisation des traitements de substitution nicotinique ; sur les éléments de thérapie comportementale. Elles privilégieront l'échange et le partage d'expérience des participants.

Cette prise en charge se fera en **collaboration avec vous**. En effet, en inter-séances, nous encouragerons les participants à venir vous consulter pour la prescription initiale des traitements substitutifs, puis pour l'adaptation éventuelle des posologies. Notre précédente expérience réalisée durant le Moi(s) sans Tabac 2018 a montré une grande satisfaction des patients sur ce lien établi avec leur Professionnel de santé de proximité, médical ou paramédical.

Une « **hotline** » **par mail** sera à votre disposition si toutefois vous avez besoin d'un complément d'information concernant cette prise en charge, n.lajzerowicz@hopitaldubouscat.com.

Les inscriptions aux séances se font auprès du secrétariat du service d'addictologie de l'Hôpital Suburbain du Bouscat : 05.56.17.50.97

En espérant pouvoir participer conjointement à l'aide à l'arrêt du tabac de vos patients fumeurs.

En vous remerciant pour votre confiance,

Très cordialement.

X. Serment d'Hippocrate.

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Abstract.

Introduction : The number of people asking for support to stop smoking is currently increasing. The « Moi(s) Sans Tabac », Month without smoking, the French national campaign promoting non-smoking, is gathering momentum and is becoming more and more popular each year. It is part of a national policy and a set of laws meant to fight smoking, including the possibility for every health professional to provide prescriptions for nicotine patches. This collective experiment on supporting giving-up smoking has been designed to develop the care while patients quit smoking. The programme includes support from a nursing coach and a follow-up by the health practitioner who prescribed nicotine patch treatment

Purpose and Method : Pointing out the most efficient levers of the programme by surveying participants' viewpoints on the provided care. It is a qualitative analysis carried out among 15 participants taking part in the programme who attended group sessions in November 2018. This analysis was carried out 6 months after they started the programme.

Results : The most efficient levers pointed out by the participants were: the striking knowledge they received (such as the mechanisms of addiction, the psychological effects of tobacco, the handling of substitute treatments) but also the group effect enhanced by the sharing of their experience, the comforting talks from the addiction specialist to lift their guilt, the notion of ambivalent behaviour: the basis of behavioural therapy, the possibility of a progressive giving-up. The way the support group was conceived proved also efficient. The results show that 10 out of 15 participants remain abstinent.

Concerning the coordination between health practitioners, the general practitioner remains the chosen intermediary but the lack of a consistency in their discourse on that matter must be improved. It also appears relevant to formalise the coaching support. The possibility for extended prescription for nicotinic substitutes by health practitioners has not been evaluated but it seems necessary to set up trainings on their new prescribing possibility.

Conclusion : This study highlighted the most efficient levers of action for a collective approach on giving-up smoking. The feedbacks are satisfactory as a whole and the method will be set up again for the next campaign in November 2019 while taking into accounts these feedbacks.

Key words : Giving-up/ quit smoking, collective approach, support group, nicotinic substitute treatment, general practitioner, extended prescription, nursing coach, feedbacks.

Résumé.

Introduction : Actuellement, le nombre de demandes d'aides à l'arrêt du tabac est croissant. Le Moi(s) Sans Tabac, voit sa popularité se majorer tous les ans. Cela s'inscrit dans un contexte de mesures gouvernementales de lutte contre le tabagisme, dont l'élargissement de la prescription des substituts nicotiques à tous les professionnels de santé. C'est pour augmenter l'offre de prise en charge qu'a été conçue cette expérience collective d'aide à l'arrêt du tabac, associant un coaching infirmier et un lien avec les prescripteurs libéraux de substituts nicotiques.

Objectif et Méthode : Identifier les leviers les plus contributifs de ce dispositif, en obtenant le retour d'expérience des participants. Il s'agit d'une étude qualitative menée auprès des 15 sujets ayant suivi les séances de groupe en novembre 2018, réalisée à 6 mois du début de la prise en charge.

Résultats : Les leviers principaux mis en avant par les participants sont : les informations marquantes reçues (les concepts de l'addiction, l'impact psychique du tabac, le maniement des traitements substitutifs...) ; la création d'une dynamique de groupe nourrie par les partages d'expériences ; le discours déculpabilisant de l'addictologue ; la notion d'ambivalence, base de la thérapie comportementale ; la proposition d'une démarche progressive. Le style de l'animation a également été porteur. 10 participants sur 15 sont abstinents à 6 mois. Concernant la coordination avec les professionnels de santé libéraux, le médecin traitant reste l'interlocuteur de choix des participants, mais une homogénéité du discours, actuellement insuffisante, doit être recherchée. Il apparaît également intéressant de mieux formaliser le coaching proposé. L'action des nouveaux prescripteurs de TNS n'a pas pu être évaluée. Une information systématique de ces professionnels sur leur nouvelle compétence semble être à développer.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en exergue les leviers les plus contributifs dans cette prise en charge collective d'arrêt du tabac. Le retour d'expérience est globalement satisfaisant et la démarche va être réitérée, pour le Moi(s) Sans Tabac 2019, tenant compte de ses enseignements.

Mots clés : Sevrage tabagique/ arrêt du tabac, collectif/ groupe, traitements substitutifs nicotiques, médecins traitants, nouveaux prescripteurs, coaching infirmier, retour d'expérience.